

اثر بخشی زوج درمانی مثبت گرا بر کیفیت روابط و ثبات تعاملات زناشویی در زوجین متاهل معتاد به صفحات مجازی

The effectiveness of positive couple therapy on the quality of relationships and stability of marital interactions in married couples addicted to virtual platforms

Mohammad Amin Sadeghi

Master's student, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran

Email: a.sadeghie78@gmail.com

Abolghasem Piadeh Koohsar

PhD, Department of Islamic Studies, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran

Hakimeh Aghaei

PhD, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran

محمدامین صادقی

دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد

اسلامی، شاهرود، ایران
Email: a.sadeghie78@gmail.com

ابوالقاسم پیاده کوهسار

دکتری تخصصی، گروه معارف اسلامی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد

اسلامی، شاهرود، ایران

حکیمه آقایی

دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی،

شاهرود، ایران

چکیده

Aim: The present study was conducted to determine the effectiveness of positive couple therapy on the quality of relationships and stability of marital interactions in married couples addicted to virtual platforms. **Method:** The method of this study was semi-experimental (pre-test-post-test design with a control group). The statistical population of this study included couples addicted to virtual platforms referring to counseling offices in Shahrood in 1403, and 30 of them were selected through purposive sampling and divided into two experimental and control groups. The Marital Interaction Stability Questionnaire (1999) and the Marital Relationship Quality Questionnaire (1995) were used to collect data. After the pre-test, the therapeutic intervention (effectiveness of positive couple therapy) was provided to the experimental group during 8 90-minute sessions. After the end of the educational program, a post-test was taken from both groups. The analysis of covariance method was used to analyze the data. **Results:** The results showed that positive couple therapy has an effect on the quality of relationships and stability of marital interactions in married couples addicted to social networking sites ($P < 0.01$). **Conclusion:** According to the results of the present study, positive couple therapy can be used to improve the quality of relationships and marital stability in married couples addicted to social networking sites.

Keywords: Positive Couple Therapy, Relationship Quality, Marital Interactions, Married Couples Addicted to Social Media

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی زوج درمانی مثبت گرا بر کیفیت روابط و ثبات تعاملات زناشویی در زوجین متاهل معتاد به صفحات مجازی، انجام شد. **روش:** روش این تحقیق نیمه آزمایشی (طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه آماری این تحقیق شامل زوجین معتاد به صفحات مجازی مراجعه کننده به دفاتر مشاوره در شهر شاهرود در سال ۱۴۰۳ بود و از این میان تعداد ۳۰ نفر از آنها به صورت نمونه گیری هدفمند برگزیده و به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه ثبات تعاملات زناشویی (۱۹۹۹) و پرسشنامه ی کیفیت رابطه زناشویی (۱۹۹۵) استفاده شده است. پس از اجرای پیش آزمون، مداخله درمانی (اثربخشی زوج درمانی مثبت گرا) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به گروه آزمایش ارائه شد. پس از پایان برنامه آموزشی، از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. برای تحلیل داده ها از روش تحلیل کواریانس استفاده شد. **یافته ها:** نتایج نشان داد که زوج درمانی مثبت گرا بر کیفیت روابط و ثبات تعاملات زناشویی در زوجین متاهل معتاد به صفحات مجازی تاثیر دارد ($P < 0.01$). **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج پژوهش حاضر، میتوان از زوج درمانی مثبتگرا در کیفیت روابط و ثبات زناشویی در زوجین متاهل معتاد به صفحات مجازی، استفاده کرد.

کلمات کلیدی: زوج درمانی مثبت گرا، کیفیت روابط، تعاملات زناشویی،

زوجین متاهل معتاد به صفحات مجازی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۲/۰۵/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۰۵

مقدمه

خانواده از ارکان مهم اجتماعی است. هراندازه که از عمر خانواده‌های گسترده می‌گذریم و تبلور خانواده‌ی هسته‌ای برایمان بیشتر روشن می‌شود، اهمیت روابط بین اعضای خانواده به خصوص روابط بین زن و شوهر به عنوان رکن اصلی خانواده روشن‌تر می‌شود. امروزه خانواده بر اساس اصول و هنجارهای ویژه شکل می‌گیرد و حفظ و ارتقای روابط خانوادگی از ارزش بسیاری برخوردار است. به همین دلیل، در سالهای اخیر کوششهای بسیاری صورت گرفته تا ثبات و کیفیت روابط زناشویی را با استفاده از مفاهیمی چون سازگاری زناشویی، موفقیت، رضایت، ثبات، خوشبختی، توافق و مفاهیمی از این دست ارزیابی کنند.

در دنیای امروزی می‌توان شاهد رشد و پیشرفت روزافزون تکنولوژی و فناوریهای نوین ارتباطی سیار از جمله گوشیهای هوشمند بود که دسترسی و استفاده از اینترنت را بسیار راحتتر کرده است و برای کاربران، دنیایی تحت عنوان "جهان مجازی" بوجود آورده است. جهان مجازی بر خلاف دنیای واقعی، امکانات نامحدود و بی‌شماری نظیر سهولت دسترسی، ۲۴ ساعته بودن، سادگی و سهولت کار، هزینه‌های پایین و گمنام ماندن کاربران را در بر دارد و قادر است فعالیتهایی همچون خرید و فروش، آگاهی از اخبارهای جدید و ارتباط با دیگران در سراسر دنیا را تسهیل نماید. این موضوع توانسته است کاربران زیادی را مجذوب خود سازد (لی^۱، ۲۰۲۳). اندیشمندان بیان کردند که جهان مجازی و اینترنت به منزله بخش جدایی ناپذیری از زندگی و حیات روزانه مردم در جهان معاصر در نظر گرفته شده است که استفاده از آن روز به روز در حال گسترش می‌باشد و به شکل گسترده در حیطه‌ها و ابعاد مختلف زندگی از جمله آموزش و پرورش، تبادل اطلاعات، فعالیتهای علمی، روابط و تعاملات بین فردی، تجارت و اقتصاد، علم و سرگرمی مورد استفاده قرار می‌گیرد و علت آن در دسترس بودن و قیمت ارزان آن در محیط خانه‌ها، مدارس و موسسات آموزشی، دانشگاهها، فضای کتابخانه‌ها و کافی نت‌ها می‌باشد (ملک^۲، خلیفه و شهیر^۳ ۲۰۱۷). در واقع با گسترش سریع فناوریهای ارتباطی، استفاده از اینترنت و صفحات مجازی به بخشی جدایی ناپذیر از زندگی افراد تبدیل شده است. این ابزارها اگرچه فرصتهای بی‌شماری برای برقراری ارتباط، کسب اطلاعات و سرگرمی فراهم کرده‌اند، اما استفاده افراطی و غیرمدیریت شده از آنها می‌تواند تأثیرات مخربی بر جنبه‌های مختلف زندگی، به‌ویژه روابط زناشویی داشته باشد. اعتیاد به صفحات مجازی، که به‌عنوان استفاده بیش‌ازحد و غیرمنطقی از فضای مجازی تعریف می‌شود، ممکن است به کاهش کیفیت روابط زناشویی، افزایش تعارضات و کاهش ثبات تعاملات زوجین منجر شود (چتپاده‌ری^۳ و

¹ Li, G² Malak, M.Z., Khalifeh, A.H., Shuhaiber, A.H³ Chattopadhyay

همکاران، ۲۰۲۰). در دنیای معاصر، فناوری‌های دیجیتال و شبکه‌های اجتماعی به بخش جدایی‌ناپذیری از زندگی افراد تبدیل شده‌اند. اگرچه این ابزارها امکان برقراری ارتباطات سریع و دسترسی آسان به اطلاعات را فراهم کرده‌اند، اما استفاده بی‌رویه و افراطی از آن‌ها، به‌ویژه در قالب اعتیاد به صفحات مجازی، به یکی از چالش‌های روان‌شناختی و اجتماعی مهم تبدیل شده است. اعتیاد به صفحات مجازی به‌عنوان استفاده مکرر، غیرقابل کنترل و آسیب‌زا از اینترنت و شبکه‌های اجتماعی تعریف می‌شود که می‌تواند تأثیرات منفی چشمگیری بر جنبه‌های مختلف زندگی، از جمله روابط زناشویی، داشته باشد. این اعتیاد اغلب به کاهش صمیمیت، افزایش تعارضات، و اختلال در تعاملات زوجین منجر پژوهش‌ها؛ نشان می‌دهد که یکی از پیامدهای اصلی اعتیاد به فضای مجازی، کاهش زمان اختصاص داده شده به تعاملات زناشویی است. زوجینی که به صفحات مجازی وابسته هستند، زمان زیادی را صرف چک کردن شبکه‌های اجتماعی، پیام‌رسان‌ها و وب سایت‌ها می‌کنند و به این ترتیب زمان کمتری برای گفتگو و تعامل با یکدیگر دارند. مطالعات مختلف نشان داده است که زمان باکیفیت و حضور فیزیکی زوجین در کنار یکدیگر نقش مهمی در تقویت ارتباطات عاطفی و بهبود رضایت زناشویی ایفا می‌کند. وقتی این زمان کاهش یابد، کیفیت ارتباطات نیز به طور معناداری تحت تأثیر قرار می‌گیرد (باقری و همکاران، ۲۰۲۳). کیفیت روابط زناشویی یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت روانی در روابط زوجین است و به عواملی مانند صمیمیت، احترام متقابل و رضایت از زندگی مشترک وابسته است. کاهش کیفیت روابط می‌تواند پیامدهای منفی طولانی‌مدتی از جمله افزایش خطر جدایی یا طلاق به همراه داشته باشد (وانگ و ژائو^۱، ۲۰۲۳). کیفیت روابط زناشویی یکی از شاخص‌های کلیدی سلامت روان و اجتماعی است. کاهش کیفیت روابط می‌تواند با پیامدهای نامطلوبی مانند احساس تنهایی، نارضایتی زناشویی، و در موارد شدیدتر، جدایی یا طلاق همراه باشد. در زوجینی که یکی یا هر دو به صفحات مجازی وابستگی دارند، زمان و توجهی که می‌توانست صرف تعاملات معنادار شود، اغلب به فعالیت‌های مجازی اختصاص می‌یابد. این امر می‌تواند به تخریب رابطه عاطفی و کاهش صمیمیت و رضایت از زندگی مشترک منجر شود (زیهاد^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). کیفیت رابطه زناشویی از جنبه‌های مهم در مطالعات مربوط به خانواده هست و این اهمیت ناشی از اهمیت ازدواج و نتایج فردی و اجتماعی حاصل از آن است. کاستر^۳ (۲۰۰۹) کیفیت رابطه زناشویی را احساس کلی زن و شوهر از شادمانی و رضایت از زندگی مشترکشان میدانند، به عبارتی کیفیت زندگی زناشویی، نگرشی که افراد نسبت به رابطه زناشویی خود دارند، میباشد. برخی این مفهوم را در ارزیابی عملکرد کلی خانواده بسیار تعیین کننده میدانند؛ گریف^۴ (۲۰۰۰) معتقد است عملکرد مطلوب خانواده ناشی از کیفیت روابط مطلوب بین زن و شوهر است (گنجعلی، ۱۴۰۲). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اعتیاد به صفحات مجازی میتواند تعاملات

¹ Wang, X., & Zhao

² Zihad

³ Caster

⁴ Griff

زناشویی را کاهش دهد. ثبات تعاملات زناشویی به معنای حفظ الگوهای تعاملی پایدار و مثبت میان زوجین است که نقش مهمی در کاهش تعارضات و بهبود کیفیت روابط ایفا می‌کند (هرو و بادی^۱، ۲۰۲۱). در واقع ثبات تعاملات زناشویی به توانایی زوجین در حفظ الگوهای تعاملی مثبت و پایدار اشاره دارد. اعتیاد به فضای مجازی با ایجاد فاصله روانی و کاهش حضور فعال در تعاملات زوجین، می‌تواند ثبات این تعاملات را به خطر بیندازد. تقویت ثبات تعاملات زناشویی نه تنها موجب کاهش تعارضات می‌شود، بلکه به بهبود حل مسئله و تقویت ارتباطات معنادار بین زوجین نیز کمک می‌کند (هرو و همکاران، ۲۰۲۱). اعتیاد به فضای مجازی نه تنها بر روابط زوجین بلکه بر ثبات تعاملات زناشویی آنها نیز تأثیر منفی می‌گذارد. استفاده بیش از حد از اینترنت و شبکه‌های اجتماعی می‌تواند منجر به افزایش استرس، اضطراب و احساس عدم کفایت شود. این مشکلات روانی در نهایت می‌تواند بر ثبات تعاملات زناشویی و کیفیت تعاملات زوجین تأثیر بگذارد. علاوه بر این، استرس ناشی از مشکلات مجازی ممکن است موجب کاهش توانایی فرد در برقراری ارتباطات مثبت با شریک زندگی خود شود (بابو^۲ و همکاران، ۲۰۲۱).

در این میان، درمانگران خانواده و ازدواج هر کدام با توجه به دیدگاه خودشان راهکارهایی برای بهبود زندگی زناشویی پیشنهاد دادند که یکی از جدیدترین برنامه‌های مطرح شده برای غنابخشی به زندگی زناشویی و بهبود احساسات مثبت و رضایت زناشویی زوجین، مداخله زوج درمانی مثبت گرا است. مداخله زوج درمانی با رویکرد مثبت نگر به وسیله تزیق تدریجی باورهای مثبت در زوجین و نیز یادآوری استعدادها و توانایی‌ها و دقت نظر برداشته‌ها به جای متمرکز شدن بر نداشته‌ها، می‌تواند بر تجربه احساسات مثبت و افزایش کیفیت در زندگی زناشویی تأثیر گذار باشد (سواری، ۱۴۰۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که زوج درمانی مثبت گرا به عنوان رویکردی نوین در مداخلات روان‌شناختی، بر تقویت نقاط قوت رابطه، ایجاد تجارب مثبت و افزایش احساس معنا در زندگی مشترک تمرکز دارد. برخلاف رویکردهای سنتی که عمدتاً به کاهش مشکلات می‌پردازند، زوج درمانی مثبت گرا تلاش می‌کند تا با ایجاد تغییرات مثبت، رابطه‌ای غنی‌تر و رضایت بخش‌تر برای زوجین ایجاد کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این روش می‌تواند منجر به بهبود کیفیت روابط، تقویت صمیمیت و رضایت زناشویی و افزایش تاب‌آوری زوجین شود (چان^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). در نتیجه هدف اصلی این پژوهش تعیین اثربخشی زوج درمانی مثبت گرا بر کیفیت روابط و ثبات تعاملات زناشویی در زوجین متأهل معتاد به صفحات مجازی می‌باشد.

¹ Ehor, O., & Badey

² Baboo

³ Chan

روش

نوع پژوهش از نظر روش، پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. به منظور انجام پژوهش، آزمودنی های گروه آزمایش، تحت زوج درمانی مثبت گرا طی مدت ۸ جلسه یک ساعته و به صورت هفته ای دو جلسه قرار گرفتند. در این مدت، گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکرد. پس از پایان جلسات، گروه کنترل و آزمایش مجدداً به وسیله پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفتند. جامعه آماری در این پژوهش زوجین معتاد به صفحات مجازی مراجعه کننده به دفاتر مشاوره در شهر شاهرود در سال ۱۴۰۳ می باشند. نمونه آماری تعداد ۳۰ نفر از جامعه آماریست که به صورت در دسترس انتخاب شده اند. ملاکهای ورود در این پژوهش عبارت بودند، اعتیاد یا وابستگی به صفحات مجازی براساس معیارهای DSM-IV، طول مدت اعتیاد آن ها حداقل ۶ ماه و حداکثر ۵ سال است، عدم وجود اختلالات سایکوتیک و اختلالات شخصیتی بر اساس DSM-IV و زندگی مشترک با همسر حداقل به مدت ۶ ماه.

ابزار

پرسشنامه ی کیفیت رابطه زناشویی^۱ (۱۹۹۵): این پرسشنامه توسط باسبی، کران، لارسن و کریستنسن^۲ در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است. این پرسشنامه ی ۱۴ سؤالی به صورت طیف ۶ تایی از ۰ تا ۵ نمره گذاری می شود، طوری که پاسخ کاملاً موافق نمره ی ۵ و پاسخ کاملاً مخالف نمره ی صفر می گیرد. این ابزار از سه خرده مقیاس توافق، رضایت، انسجام تشکیل شده است که در مجموع نمره کیفیت زناشویی را نشان می دهند و نمرات بالا نشان دهنده کیفیت زناشویی بالاتر است. خرده مقیاس توافق شامل عبارات ۱ تا ۶ می شود که با طیف ۵ =توافق دائم داریم ۴ = تقریباً توافق دائم داریم ۳ = گاهی توافق داریم ۲ = اغلب اختلاف داریم ۱ = تقریباً همیشه اختلاف داریم ۰ = همیشه اختلاف داریم نمره گذاری می شود. خرده مقیاس رضایت شامل عبارات ۷ تا ۱۰ می شود که با طیف ۱ -همیشه ۲ -بیشتر اوقات ۳ -اغلب اوقات ۴ -گاهی ۵ -بندرت ۶ -هرگز نمره گذاری می شود. خرده مقیاس انسجام شامل عبارات ۱۱ تا ۱۴ می شود که عبارت ۱۱ با طیف ۱-هرروز، ۲- تقریباً هرروز، ۳- گاهی ۴ -بندرت ۵-هرگز نمره گذاری می شود و عبارت ۱۲ تا ۱۴ با طیف ۰ -هرگز ۲ -کمتر از یک بار در ماه ۳- ماهی یک یا دو بار، ۴- هفته ای یک یا دو بار ۵- روزی یک بار ۶- بیشتر اوقات نمره گذاری می شود. تحلیل عاملی تأییدی، ساختار سه عاملی پرسشنامه را در آمریکا تأیید کرده است و روایی آن را نشان داده است

¹ Marital Relationship Quality Questionnaire

² Busby, Curran, Larsen and Christensen

(هولست، کودی و میلر^۱، ۲۰۰۵). پایایی پرسشنامه به شیوه‌ی آلفای کرونباخ در مطالعه‌ی هولست، کودی و میلر (۲۰۰۵) برای سه خرده مقیاس توافق، رضایت، انسجام به ترتیب از ۷۹، ۸۰/۰ و ۹۰/۰ گزارش شده است.

پرسشنامه ثبات تعاملات زناشویی^۲ (۱۹۹۹): این مقیاس توسط گاتمن^۳ (۱۹۹۹) به منظور اندازه‌گیری درجه ثبات تعاملات زناشویی تهیه شد. این ابزار ۲۰ سؤال دارد که آزمودنیها پاسخ آن را به صورت بلی خیر مشخص می‌شوند. نمره این آزمون به صورت ۰ و ۱ است که به ترتیب برای پاسخ‌های بلی و خیر در نظر گرفته شده است. میزان پایایی این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی (آلفای کرونباخ) در پژوهش شایق بروجنی (۱۳۸۹) ۸۱/۰ دست آمد. روایی ظاهری و محتوایی این آزمون را با استفاده از نظرات اساتید رشته مشاوره، مطلوب گزارش نمود.

روش اجرا

از بین زوجین مراجعه کننده به مراکز (مرکز مشاوره مهر همتا، مرکز مشاوره آرامش (نیرو انتظامی)، مرکز مشاوره طلوع زندگی نو، مرکز مشاوره پرتو خورشید، مرکز مشاوره آرامش زندگی) کسانی که تمایل به همکاری و شرکت در مداخله داشته باشند، مصاحبه‌ای مقدماتی بعمل آمده و ملاک‌های ورود به پژوهش بررسی شد و زوجینی حائز معیارهای ورود بودند، با اختیار کامل رضایت نامه کتبی شرکت در پژوهش را امضاء نمودند. بنابراین، پس از طی این فرایند و دسترسی به ۱۵ زوج، فرایند نمونه‌گیری خاتمه پیدا کرده و زوجین به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند و در ادامه این فرایند، از پروتکل زوج درمانی مثبتگرا، استفاده گردید. زوج درمانی مثبت نگر مداخله‌ای است که توسط بهارلو و همکاران (۱۳۹۸) براساس مهمترین منابع موجود در زمینه زوج درمانگری مثبت نگر (کافمن و سیلبرمن^۴، ۲۰۰۹؛ کانلی^۵ و همکاران، ۲۰۱۵) تدوین شده است. این مداخله طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای زوجین ارائه می‌شود، خلاصه محتوای جلسات زوج درمانی مثبت گرا در ادامه ارائه شده است. در تجزیه و تحلیل داده‌ها به بررسی توصیفی، شاخص‌های آماری توصیفی یعنی محاسبه فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد برای هر دو گروه (گروه آزمایش و کنترل) انجام گرفته است و در قسمت آمار استنباطی نیز از تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) و کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. برای تسریع در نتایج حاصله از نرم افزار SPSS استفاده گردید.

¹ Holist, Cody and Miller

² Marital Interaction Stability Questionnaire

³ Gottman

⁴ Kaufman and Silberman

⁵ Conley

جدول ۱. خلاصه جلسات زوج درمانی مثبتنگر بهارلو و همکاران (۱۳۹۸)

جلسه اول.	برقراری رابطه؛ مشکلات و شکایت های زوجین بیان می شود، آموزش: درباره اهمیت تمرکز بر توانمندی ها و هدف های مثبت به جای تمرکز کردن بر آسیب ها صحبت می شود. در خصوص تاثیر مداخلات مثبت توضیحاتی داده می شود و طرح کلی درمان ایجاد می گردد. تکلیف: تکلیفی تحت عنوان راهنمای تکلیف نخستین جلسه و آموزش لازم برای تکمیل کاربرگ ارائه می شود.
جلسه دوم:	تکلیف ((راهنمای تکلیف)) مطرح شده و در خصوص آن به بحث و تبادل نظر پرداخته می شود. اهداف مثبت با کمک زوجین شناسایی شده می شود و با استفاده از شناسایی هدف ها و روشن سازی مسیر رسیدن به آنها فرایند امیدواری ایجاد می گردد. ساختار هر جلسه مطرح می گردد، به هدف های مطرح شده از طریق فنون مثبت گرا (همچون همدلی مثبت، باز تعبیر مثبت، سوال حلقوی، پرسش های مثبت گرا، سوالات معجزه ای، و...) پرداخته می شود. تکلیف: پیدا کردن فعالیت ها و زمان های لذت بخش مشترک.
جلسه سوم:	تکلیف یافتن فعالیت ها و زمان های لذت بخش مشترک بررسی شده و پیرامون آن به تبادل نظر می پردازیم. از تکنیک تسهیم در جلسه، استفاده می شود و همچنین به هدف های درمان از طریق تکنیک های مثبت گرایی پرداخته می شود. تکلیف: سه چیز خوب جهت قدردانی و سپا سگزاری (افتخار آمیز، لذت بخش، شادی بخش و امیدوار کننده) من، هم سرم، و زندگی مشترک به طور روزانه و تکمیل کاربرگ.
جلسه چهارم:	در ابتدای جلسه، تکلیف سه چیز خوب برای قدردانی بررسی شده و پیرامون آن بحث می گردد. در ادامه از تکنیک تسهیم (پرداختن به اهداف با تکنیک های مختلف مثبت گرا و اشتراک وقایع و فعالیت های مثبت). تکلیف: انجام کارهای غیرمنتظرانه مهربانانه برای همسر و قدردانی.
جلسه پنجم.	تکلیف فعالیت های مهربانانه برای همسر و قدردانی کردن بررسی می شود و به اهداف تعیین شده از طریق تکنیک مختلف پرداخته می شود، تکلیف: قناعت (خرسندی) در برابر کمال گرایی: آموزش در طی جلسه و کاربرگ تکمیل می گردد.
جلسه ششم.	تکلیف قناعت (خرسندی) در مقابل کمال گرایی بررسی می شود و به هدف های درمانی از طریق تکنیک های مربوطه پرداخته می شود. همچنین خوش بینی آموزش داده شده و تعاریف و اهمیت آن بررسی می شود، تکلیف روی دیگر سکه کار می شود.
جلسه هفتم.	تکلیف جلسه قبل یعنی روی دیگر سکه بررسی و تبادل نظر می گردد. هدف های درمانی با تکنیک های مربوطه پیگیری می شود، سبک های پاسخ دهی چهارگانه آموزش داده شده و در جلسه تمرین می شوند، تکلیف: آموزش استفاده از سبک پاسخدهی فعال و سازنده و بررسی اهمیت آن به همراه تکمیل کاربرگ.
جلسه هشتم.	تکلیف سبک پاسخدهی فعال و سازنده بررسی و در مورد آن بحث می شود، جلسات جمع بندی می شوند: دیدگاه زوج در خصوص فعالیت ها و فنون مختلف، از روش های خلاقانه جهت بهبود ارتباطات زنا شویی در آینده استفاده می شود، آموزش بخشش خود و همسر، ماهیت و اهمیت بخشش در رابطه، تکلیف و کاربرگ مربوطه خلاقیت و بخشش تکمیل می گردد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر به صورت فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد و تعداد آزمودنی‌های نمونه برای متغیرهای پژوهش می‌باشد که در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۲. فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	مراحل	فراوانی	درصد
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۱۰۰
	پس‌آزمون	۱۵	۱۰۰
کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۱۰۰
	پس‌آزمون	۱۵	۱۰۰

جدول شماره ۲، فراوانی گروه نمونه را بر حسب گروه و مراحل نشان می‌دهد. این جدول، توزیع فراوانی و درصد آزمودنی‌ها را در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، در مرحله پیش‌آزمون، هر دو گروه آزمایش و کنترل شامل ۱۵ نفر بوده‌اند که معادل ۱۰۰ درصد اعضای هر گروه است. این موضوع نشان‌دهنده تعادل اولیه در تعداد شرکت‌کنندگان در هر دو گروه در آغاز پژوهش است. در مرحله پس‌آزمون، در گروه کنترل همچنان ۱۵ نفر شرکت داشته‌اند که بیانگر حفظ کامل شرکت‌کنندگان در این گروه است (۱۰۰ درصد). گروه آزمایش، ۱۵ نفر در پس‌آزمون شرکت کرده‌اند که معادل ۱۰۰ درصد اعضای این گروه است.

جدول ۳. فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه و جنسیت

گروه	جنسیت	فراوانی	درصد
آزمایش	مرد	۵	۳۳/۳۳
	زن	۱۰	۶۶/۶۶
کنترل	مرد	۶	۴۰
	زن	۸	۶۰

جدول شماره ۳، توزیع جنسیتی شرکت‌کنندگان در پژوهش، تعداد و درصد افراد مرد و زن در دو گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است. در گروه آزمایش، از مجموع ۱۵ نفر شرکت‌کننده، تعداد ۵ نفر (معادل ۳۳/۳۳ درصد) مرد و ۱۰ نفر (معادل ۶۶/۶۶ درصد) زن بوده‌اند. این داده‌ها نشان می‌دهد که اکثریت اعضای گروه آزمایش را زنان تشکیل داده‌اند. در گروه کنترل نیز که شامل ۱۴ نفر شرکت‌کننده بوده، ۶ نفر (۴۰ درصد) مرد و ۸ نفر (۶۰ درصد) زن بوده‌اند.

جدول ۴. فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی ها به تفکیک گروه و تحصیلات

گروه	تحصیلات	فراوانی	درصد
آزمایش	دیپلم	۴	۲۶/۷
	فوق دیپلم	۲	۱۳/۳
	لیسانس	۹	۶۰
کنترل	دیپلم	۲	۱۳/۳
	فوق دیپلم	۸	۵۳/۳
	لیسانس	۵	۱۵

جدول ۴، اطلاعات مربوط به توزیع تحصیلات آزمودنی ها در دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد. در گروه آزمایش، ترکیب تحصیلات به صورت متوازن تری مشاهده می شود: ۴ نفر دیپلم (۲۶.۷ درصد)، ۲ نفر فوق دیپلم (۱۳.۳ درصد) و ۹ نفر نیز دارای مدرک لیسانس (۶۰ درصد) هستند. در گروه کنترل، ترکیب تحصیلی متفاوت است. بیشترین تعداد افراد دارای مدرک فوق دیپلم هستند (۸ نفر، معادل ۵۳.۳ درصد). افراد دارای دیپلم ۲ نفر (۱۳.۳ درصد) هستند و ۱۵ درصد دارای مدرک لیسانس می باشند.

جدول ۵. فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی ها به تفکیک گروه و مدت زمان ازدواج

گروه	مدت درمان	فراوانی	درصد
آزمایش	کمتر از ۲ سال	۰	۰
	۲ تا ۵ سال	۶	۴۰
	۵ تا ۸ سال	۴	۲۶/۷
	۸ تا ۱۲ سال	۵	۳۳/۳
کنترل	کمتر از ۲ سال	۶	۴۰
	۲ تا ۵ سال	۶	۴۰
	۵ تا ۸ سال	۱	۶/۷
	۸ تا ۱۲ سال	۲	۱۳/۳

جدول ۵، به برر سی توزیع آزمودنی ها در دو گروه آزمایش و کنترل بر اساس مدت زمان ازدواج آن ها می پردازد. در گروه آزمایش، هیچ یک از آزمودنی ها دارای سابقه ازدواج کمتر از ۲ سال نبوده اند (۰ نفر، ۰ درصد). بیشترین فراوانی مربوط به بازه ازدواج «۲ تا ۵ سال» است که شامل ۶ نفر (۴۰ درصد) می شود. پس از آن، ۵ نفر از آزمودنی ها در بازه «۸ تا ۱۲ سال» (۳۳.۳ درصد) و ۴ نفر در بازه «۵ تا ۸ سال» (۲۶.۷ درصد) قرار دارند. در گروه کنترل، توزیع مدت درمان متفاوت است. ۶ نفر از آزمودنی ها (۴۰ درصد) سابقه ازدواج کمتر از ۲ سال دارند. همچنین، ۶ نفر (۴۰ درصد) نیز دارای سابقه ازدواج «۲ تا ۵ سال» هستند. در بازه های طولانی تر، تنها ۱ نفر در گروه «۵ تا ۸ سال» (۶.۷ درصد) و ۲ نفر در گروه «۸ تا ۱۲ سال» (۱۳.۳ درصد) قرار دارند.

جدول ۶. فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه و سابقه ازدواج قبل

گروه	سابقه ازدواج قبل	فراوانی	درصد
آزمایش	بلی	۲	۱۳/۳
	خیر	۱۳	۸۶/۷
کنترل	بلی	۳	۲۰
	خیر	۱۲	۸۰

جدول ۶. به بررسی توزیع آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل بر اساس داشتن یا نداشتن سابقه ازدواج قبلی می‌پردازد. در گروه آزمایش، ۲ نفر از شرکت‌کنندگان دارای سابقه ازدواج قبلی بوده‌اند که معادل ۱۳/۳ درصد از این گروه است، در حالی که ۱۳ نفر (۸۶/۷ درصد) هیچ‌گونه سابقه ازدواج پیشین نداشته‌اند. در گروه کنترل نیز، ۳ نفر (۲۰ درصد) سابقه ازدواج قبلی داشته‌اند و ۱۲ نفر (۸۰ درصد) بدون سابقه ازدواج پیشین بوده‌اند.

جدول ۷. فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه و تعداد فرزندان

گروه	تعداد فرزندان	فراوانی	درصد
آزمایش	فرزندی ندارند	۳	۲۰
	یک فرزند	۱	۶/۷
	دو فرزند	۶	۴۰
	سه فرزند	۴	۲۶/۷
	چهار فرزند	۰	۰
	پنج فرزند	۱	۶/۷
کنترل	فرزندی ندارند	۰	۰
	یک فرزند	۴	۲۶/۷
	دو فرزند	۹	۶۰
	سه فرزند	۲	۱۳/۳
	چهار فرزند	۰	۰
	پنج فرزند	۰	۰

جدول ۷. به بررسی تعداد فرزندان آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل می‌پردازد. در گروه آزمایش، بیشترین فراوانی مربوط به افرادی است که دارای دو فرزند هستند؛ به‌طوری‌که ۶ نفر از شرکت‌کنندگان (معادل ۴۰ درصد) در این گروه قرار دارند. پس از آن، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) سه فرزند، ۳ نفر (۲۰ درصد) بدون فرزند، ۱ نفر (۶/۷ درصد) دارای یک فرزند و ۱ نفر نیز پنج فرزند دارد. هیچ‌یک از افراد این گروه دارای چهار فرزند نبوده‌اند. در گروه کنترل، بیشترین تعداد افراد نیز دارای دو فرزند هستند (۹ نفر، معادل ۶۰ درصد)، که نسبت بالاتری نسبت به گروه آزمایش

دارد. در ادامه، ۴ نفر (۲۶.۷ درصد) یک فرزند و ۲ نفر (۱۳.۳ درصد) سه فرزند دارند. در این گروه، هیچ کدام از آزمودنی ها بدون فرزند یا دارای چهار و پنج فرزند نبوده اند

جدول ۸ میانگین سنی

گروه	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۴۱/۰۶	۷/۹۸
کنترل	۴۲/۲۶	۱۰/۳۶

جدول ۸، به مقایسه میانگین سنی و میزان پراکندگی (انحراف معیار) آزمودنی ها در دو گروه آزمایش و کنترل می پردازد. بر اساس داده های جدول، میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه آزمایش برابر با ۴۱.۰۶ سال با انحراف معیار ۷.۹۸ است. در گروه کنترل، میانگین سنی برابر با ۴۲.۲۶ سال با انحراف معیار ۱۰.۳۶ است.

جدول ۹. آماره های توصیفی مربوط به کیفیت رابطه زناشویی

متغیر	مرحله	گروه آزمایش	گروه کنترل
توافق	پیش آزمون	۹/۱۱	۳/۱۶
	پس آزمون	۲۱/۱۶	۵/۸۲
رضایت	پیش آزمون	۱۰/۰۵	۲/۵۰
	پس آزمون	۱۷/۳۳	۴/۲۰
انسجام	پیش آزمون	۹/۰۵	۲/۰۴
	پس آزمون	۱۴/۴۴	۳/۸۰
کیفیت رابطه زناشویی	پیش آزمون	۲۸/۲۲	۴/۶۲
	پس آزمون	۵۲/۹۴	۱۲/۴۲

جدول ۹، به ارائه آماره های توصیفی مربوط به متغیر «کیفیت رابطه زناشویی» و مؤلفه های آن در مراحل پیش آزمون و پس آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل می پردازد. این متغیر شامل سه مؤلفه اصلی توافق، رضایت و انسجام زناشویی است که به همراه نمره کل کیفیت رابطه زناشویی بررسی شده اند. در مؤلفه توافق زناشویی، میانگین نمره در گروه آزمایش از ۹.۱۱ در پیش آزمون به ۲۱.۱۶ در پس آزمون افزایش یافته است، در حالی که گروه کنترل تغییر قابل توجهی نداشته و میانگین آن از ۹.۲۵ به ۹.۱۶ کاهش یافته است. این تفاوت قابل ملاحظه در گروه آزمایش بیانگر ارتقاء سطح تفاهم و هم فکری زوجین پس از مداخله می باشد. در مؤلفه رضایت زناشویی، میانگین گروه آزمایش از ۱۰.۰۵ در پیش آزمون به ۱۷.۳۳ در پس آزمون افزایش یافته است. در مقابل، میانگین گروه کنترل از ۹.۹۱ به ۱۱.۴۱ افزایش جزئی داشته است. این یافته ها نشان دهنده اثر مثبت مداخله در افزایش احساس رضایت زوجین در گروه

آزمایش است. در مؤلفه انسجام زناشویی، نمره گروه آزمایش از ۹.۰۵ به ۱۴.۴۴ افزایش یافته و در گروه کنترل تغییری در حد کاهش جزئی از ۹.۰۸ به ۹.۰۱ مشاهده می‌شود. این افزایش در گروه آزمایش می‌تواند حاکی از بهبود در احساس پیوند و انسجام عاطفی میان زوجین پس از مداخله باشد. در نهایت، نمره کلی کیفیت رابطه زناشویی در گروه آزمایش از میانگین ۲۸.۲۲ در پیش‌آزمون به ۵۲.۹۴ در پس‌آزمون افزایش چشم‌گیری نشان داده است. در مقابل، در گروه کنترل این نمره از ۲۸.۲۵ به ۲۹.۵۹ افزایش یافته است که تغییر چندانی محسوب نمی‌شود.

جدول ۱۰. آماره‌های توصیفی مربوط به ثبات تعامل زناشویی

جدول ۹ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری روی نمره‌های پس‌آزمون نشخوار فکری با کنترل اثر پیش‌آزمون در جدول

متغیر	مرحله	گروه آزمایش	گروه کنترل
ثبات تعامل زناشویی		میانگین	انحراف معیار
	پیش‌آزمون	۱۰/۸۸	۲/۸۸
	پس‌آزمون	۱۳/۷۲	۳/۰۸
		میانگین	انحراف معیار
	پیش‌آزمون	۱۰/۹۱	۲/۵۳
	پس‌آزمون	۱۰/۱۶	۳/۶۶

۱۰، به آماره‌های توصیفی مربوط به متغیر ثبات تعامل زناشویی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل می‌پردازد. در گروه آزمایش، میانگین نمره ثبات تعامل زناشویی از ۱۰.۸۸ در مرحله پیش‌آزمون به ۱۳.۷۲ در پس‌آزمون افزایش یافته است. این افزایش بیش از دو واحد در میانگین نمره، همراه با افزایش نسبی در انحراف معیار (از ۲.۸۸ به ۳.۰۸)، حاکی از تأثیر مثبت مداخله بر بهبود ثبات و پایداری تعاملات میان زوجین در این گروه است. در مقابل، گروه کنترل میانگین نسبتاً ثابتی را نشان می‌دهد؛ به‌طوری‌که میانگین نمره از ۱۰.۹۱ در پیش‌آزمون به ۱۰.۱۶ در پس‌آزمون کاهش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که، فرضیه زوج درمانی مثبت‌گرا بر کیفیت روابط و ثبات تعاملات زناشویی در زوجین متاهل معتاد به صفحات مجازی تأثیر دارد. میانگین کیفیت روابط و ثبات تعاملات زناشویی در گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت دارد که خود گواه تأثیر آموزش زوج درمانی مثبت‌گرا بر کیفیت روابط و ثبات تعاملات زناشویی در زوجین متاهل معتاد به صفحات مجازی می‌باشد، در نتیجه فرضیه فوق تأیید می‌گردد. نتایج به دست آمده از این فرضیه با نتایج پژوهش‌های رودباری و همکاران (۱۴۰۲)، بهارلو (۱۳۹۸)، عسگری و ترکاشوند (۱۳۹۷)، گارسیا و مارتینز^۱ (۲۰۲۳) و آنتونی^۲ و همکاران (۲۰۲۰) همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان بیان نمود زوج درمانی مثبت‌گرا به‌عنوان رویکردی نوین در مداخلات روان‌شناختی، بر تقویت نقاط قوت رابطه، ایجاد تجارب مثبت و افزایش احساس

¹ Garcia and Martinez

² Anthony

معنا در زندگی مشترک تمرکز دارد. برخلاف رویکردهای سنتی که عمدتاً به کاهش مشکلات می‌پردازند، زوج درمانی مثبت گرا تلاش می‌کند تا با ایجاد تغییرات مثبت، رابطه‌ای غنی‌تر و رضایت‌بخش‌تر برای زوجین ایجاد کند. زوج درمانی با رویکرد مثبت گرایی بر این باور است که رفتارهای منفی نگرش‌های منفی، تمرکز نکردن بر استعداد و توانایی‌ها و ابزاری که در اختیار زوج‌ها است، موجب نقش در پیشرفت و تحول ارتباطات بین فردی شده و میزان رضایت زناشویی زوجین را به شدت تقلیل می‌دهد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این روش می‌تواند منجر به بهبود کیفیت روابط، تقویت صمیمیت و رضایت زناشویی، و افزایش تاب‌آوری زوجین شود (چان^۱ و همکاران، ۲۰۱۹).

در تبیین فرضیه، تاثیر زوج درمانی مثبت گرا بر کیفیت روابط زوجین متاهل معتاد به صفحات مجازی، میتوان گفت، چنانکه ملاحظه میشود میانگین بر شایستگی فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییرات، کنترل، تأثیرات معنوی و نمره کل تاب‌آوری در گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت دارد که خود گواه تاثیر آموزش زوج درمانی مثبت گرا می باشد. در نتیجه فرضیه فوق تایید میگردد. نتایج به دست آمده از این فرضیه با نتایج پژوهشهای موسوی و همکاران (۱۴۰۲)، آجری و همکاران (۱۴۰۰)، چن^۲ و همکاران (۲۰۲۰) و احمد و همکاران (۲۰۲۰) همسو میباشد. در تبیین این فرضیه میتوان بیان نمود تجربه هیجان یا عاطفه مثبت یک شاخص کلی برای نحوه بهتر عمل کردن بوده و شاخصی برای سلامت ذهنی است. میزان زیادی از تحقیقات موجود در حیطه روانشناسی بالینی، بر ساختارهای عاطفی و احساسات منفی متمرکز بوده اند. با این حال تلاش کمی برای ایجاد و گسترش عواطف مثبت به عنوان یک رویکرد درمانی انجام شده است. با توجه به پژوهشها، احساسات مثبتی همچون شادکامی می تواند برون دادهای مثبتی به دنبال داشته باشد، بطوری که عواطف مثبت میتوانند روابط رضایت بخش و میتواند رشد بهتری برای افراد رقم بزنند. راهبردهای متعددی وجود دارد که زوج درمانگران با رویکرد مثبت گرا به منظور متمرکز کردن توجه زوج بر استعدادهای و توانمندی های فردی از آنها استفاده می کنند و هیجان های مثبت نسبت به شریک زندگی را در زوج تسهیل میسازند. چنین فرایندی باعث ارتقای انگیزش، نیرومندی و بویژه بالا بردن انرژی زوجین می شود (گنچ^۳، ۲۰۲۱)، برقراری تعادل بین هیجانات مثبت و منفی از جمله اهداف زوج درمانی مثبت نگر است. به طور نمونه، زمانی که زوجین در خصوص اشتباهات زندگی و اعمال نامطلوب صحبت می کنند، درمانگر تلاش دارد که اعمال خوب و مهربانی هایی که اخیراً زوجین انجام دادند را یادآوری کند و بدین طریق تعادلی بین هیجانات مثبت و منفی برقرار شود. در این رابطه، گاندر^۴

¹ Chan

² Chen

³ Gunch

⁴ Gander

و همکاران (۲۰۲۰) گزارش نمودند که مداخلات مثبت گرا شدت و تنوع احساسات مثبت را افزایش می دهد و شدت و تنوع احساسات مثبت تجربه شده توان قابل توجهی در بهبود بهزیستی و کیفیت روابط افراد دارد.

در تبیین فرضیه تاثیر زوج درمانی مثبت گرا بر ثبات تعاملات زناشویی زوجین متاهل معتاد به صفحات مجازی، میتوان بیان نمود، میانگین توافق، رضایت، انسجام، کیفیت رابطه زناشویی در گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت دارد که خود گواه تاثیر آموزش زوج درمانی مثبت گرا بر کیفیت رابطه زناشویی زوجین متاهل معتاد به صفحات مجازی می باشد. در نتیجه فرضیه فوق تایید میگردد. نتایج به دست آمده از این فرضیه با نتایج پژوهشهای بهجت و همکاران (۱۳۹۹)، حیدری و ساعدی (۱۳۹۹)، اسمیت و جانسون^۱ (۲۰۲۱)، کرامر^۲ (۲۰۱۸) و کراکانور^۳ (۲۰۱۷) همسو میباشد. در تبیین این فرضیه میتوان بیان نمود ایجاد و گسترش هیجانات مثبت با ایجاد و پیاده سازی برنامه هایی منظم در زندگی زوج ها، می توان نسبت به ایجاد و گسترش هیجانات مثبت در آنان اقدام نمود. به عنوان نمونه تفریح کردن به طور هفتگی، جشن گرفتن موفقیت ها و شادی ها، و غیره زوج ها در فرایند زوج درمانی می تواند آداب و رسوم خاص خود را به منظور ایجاد و تجربه احساسات مثبت بسازند و تمرین کنند. این مساله میتواند تحت تاثیر همکاری و مساعدت زوجین باشد و ترکیبی از دو شیوه کاملاً متفاوت با نسبت متفاوت باشد. امیدوار بودن رویکرد زوج درمانی مثبت گرا در نظر دارد تا امیدواری را در زوجین و بویژه در روابط آنها به صورت تدریجی ایجاد و گسترش دهد. روان شناسی مثبت نگر به دنبال بهبود کیفیت زندگی افراد و پیشگیری از آسیب های روانی ناشی از زندگی بی ثمر و بی معناست. روان شناسی مثبت نگر به جای اصلاح ضعفها بر تقویت توانایی ها تاکید دارد. توانایی ها و هیجان های مثبت باعث انعطاف پذیری افراد می شود و منابع جسمی- اجتماعی و ذهنی متعددی را در اختیار فرد قرار می دهد. علاوه بر آن، هیجان های مثبت سبب خنثی سازی هیجان های منفی و یا حتی تبدیل هیجان های منفی به هیجان های مثبت می شود و رشد و شکوفایی خلاقیت و استقامت روان شناختی را در پی دارد. پس آموزش فنون و مهارت های زوج درمانی مثبت نگر به افراد به منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود، دیگران و دنیا باعث افزایش رضایت از زندگی می شود تا افراد خود را بهتر بشناسند و به تجربه های مثبت خویش پی ببرند. در نتیجه مداخله زوج درمانی مثبت نگر می تواند باعث افزایش رضایت زناشویی زوجین دچار تعارض شود. با توجه به تحقیقات، مداخله روانشناسی مثبت منجر به افزایش قدردانی و رضایت از روابط در طول مداخله و همچنین تا یک ماه پیگیری می شود. همچنین این مداخله باعث افزایش تعاملات مثبت، کاهش تعاملات منفی و کاهش سطح تعارض/ناراحتی می شود (کراکانور^۴، ۲۰۱۷). از سویی، در این

¹ Smith and Johnson

² Kramer

³ Kraknor

⁴ Krakauer

مداخله از زوجین خواسته می شود که توانمندی های ویژه خود را از طریق کامل کردن مقیاس ارزش ها در عمل شناسایی کنند. سپس درمانگر به زوجین کمک می کند تا راه هایی برای استفاده از توانمندی های فردی برای حل مشکلاتی که باعث نگهداری مشکلات بین فردی شده است، پیدا کنند. زوجین تشویق می شود تا به این خرد عملی دست یابد که کدام توانمندی او می تواند برای حل مشکلاتشان به آنها کمک کند و سپس این توانمندی را به اعمال واضح و روشن که قابل انجام است، تبدیل کند، چنین فرایندی با ایجاد تداعی و یادگیری های جدید حل مساله می تواند نقش مهمی در رضایت زناشویی زوجین متعارض ایفا کند (رشید و استرمن¹، ۲۰۰۹). گارسیا و مارتینز (۲۰۲۳) در پژوهش خود به ارزیابی اثربخشی زوج درمانی مثبت گرا در کاهش وابستگی به فضای مجازی و بهبود کیفیت روابط زناشویی پرداختند. نتایج حاکی از کاهش معنادار در میزان وابستگی به اینترنت و بهبود رضایت زناشویی در گروه مداخله بود.

از محدودیت های پژوهش حاضر میتوان گفت، یافته های بدست آمده در پژوهش حاضر محدود به جامعه زوجین شهر شاهرود، استان سمنان است و تعمیم آن به جوامع آماری و گروه های دیگر به دلیل محدودیت های فرهنگی باید با احتیاط صورت گیرد و استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از محدودیت های اصلی پژوهش بود. بنابراین، با توجه به اثربخش بودن مداخله زوج درمانی مثبت نگر بر احساسات مثبت نسبت به همسر و رضایت زناشویی پیشنهاد می شود این روش درمانی برای زوجین مورد استفاده قرار گیرد و ارائه زوج درمانی مثبت نگر در قالب کارگاه هایی برای زوجین جوانی که در آستانه ازدواج هستند، می تواند موثر باشد و در نهایت پیشنهاد می شود که سازمان ها، مراکز مداخله در بحران خانواده، مراکز کاهش طلاق، مراکز متولی آموزش خانواده از این رویکرد جهت بهبود عملکرد زوجین استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله بر خود لازم میدانیم از تمام زوجین شرکت کننده در این پژوهش، کمال سپاسگزاری و تشکر را ابراز نماییم.

منابع

¹ Rashid and Serman

- بلقان آبادی، مصطفی (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی زوج درمانی مثبت نگر و معنوی-مذهبی بر شادکامی، امید، رضایت از زندگی و بهبود نگرش مادران نسبت به کودک آسیب دیده شان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- بلقان آبادی، مصطفی؛ حسن آبادی، حسین و اصغری نکاح، سید محسن. (۱۳۹۰). تاثیر زوج درمانی مثبت نگر بر امیدواری مادران کودکان با نیازهای ویژه. یافته های نو در روانشناسی، ۷ (۲۱)، ۱۱۳-۱۲۱.
- بهارلو، غفار؛ محمدی، کورش؛ فلاح چای، سیدرضا و جاودان، موسی. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی زوج درمانی مثبت گرا با رفتاری تلفیقی بر سازگاری زناشویی زوجین. مطالعات زن و خانواده، ۷ (۳)، ۸۳-۱۰۷.
- بهجت، آریتا، محمدآبادی، فاطمه، اعزازی بجنوردی، المیرا، چنارانی، حسین و اسمعیلی، مهسا (۱۳۹۹). تاثیر زوج درمانی مثبت نگر بر شادکامی زناشویی، صمیمت زناشویی و اضطراب اجتماعی زوجین متقاضی طلاق. مجله روانشناسی اجتماعی، ۱۳ (۵۵)، ۸۹-۹۹.
- حسینی مطلق، مرتضی و میردریکوندی، رحیم (۱۳۹۷). ویژگی های زندگی مطلوب در روانشناسی مثبت و مقایسه آن با زندگی مطلوب در منابع اسلامی. پژوهش های اخلاقی، ۸ (۳)، ۲۷-۴۰.
- شیخ اسمعیلی دلنیا، گل محمدیان محسن، حجت خواه سید محسن. نقش ویژگی های شخصیتی و ثبات تعاملات زناشویی در پیش بینی سرخوردگی زناشویی با میانجی گری خودکارآمدی جنسی در زنان متأهل. پژوهش پرستاری. ۱۳۹۷؛ ۱۳ (۵) ۶۸-۵۹.
- شایق بروجنی، ل. (۱۳۸۹). بررسی تاثیر مداخله آموزشی روانی مهارت های زناشویی بر اساس مدل گاتمن بر هوش هیجانی، ثبات تعاملات زناشویی و سبک ازدواج در زوجین شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان.
- گاتمن، جان مردخای، سیلور، نان (۱۳۸۷). موفقیت یا، شکست در ازدواج: چگونه ازدواجی پایدار داشته باشیم ترجمه ارمغان جزایری. نشر: خجسته.
- حسینی، بیتا (۱۳۹۴). زوج درمانی تحلیلی: (ایماگو درمانی)، درمان تصویر سازی-ارتباطی (نظریه سلطه گری و کنترل) (جلد دوم). تهران: انتشارات جنگل.
- حسینی، نجم. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین عواطف مثبت و منفی بر کیفیت زندگی و صمیمت زوجین. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی زنجان.
- حیدری، محمود؛ مظاهری، محمدعلی و پوراعتماد، حمیدرضا (۱۳۸۴). رابطه باورهای ارتباطی با احساسات مثبت نسبت به همسر. خانواده پژوهی، ۱ (۲)، ۱۲۱-۱۳۰.

- زارعی محمودآبادی، حسن (۱۳۹۶). اثر بخشی آموزش زوج درمانی مثبت نگر بر صمیمیت زناشویی و امید به زندگی زنان عادی شهرستان بافق. طلوع بهداشت ، ۱۶ (۲) ، ۹۸-۱۰۹.
- زارعی، محمد؛ نظری، علی محمد و زهراکار، کیانوش (۱۳۹۹). بررسی رابطه بخشش و جهت گیری مذهبی با تعارض زناشویی. پژوهش در دین و سلامت ، ۶ (۲) ، ۸۷-۹۹.
- عرب زاده، مهدی (۱۳۹۵). تاثیر رواندرمانی مثبت نگر بر توانایی های خودمدیریتی سالمندان. مجله سلامت و مراقبت ، ۱۸ (۳) ، ۲۲۹-۲۳۶.
- عسگری، محمد و ترکاشوند، فاطمه (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش فنون مثبت نگری تلفیقی بر رضایت زناشویی زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی. مجله مطالعات روانشناسی بالینی ، ۸ (۳۱) ، ۹۱-۱۱۲.
- نجفی، محمود؛ احدی، حسن؛ سهرابی، فرامرز و دلاور، علی (۱۳۹۴). مدل پیش بین رضامندی زندگی براساس سازه های روانشناسی مثبت گرا. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی ، ۶ (۲۱) ، ۳۱-۵۹.

Antunes, N., Vieira-Santos, S., Roberto, M. S., Francisco, R., Pedro, M. F., & Ribeiro, M.-T. (2021). Portuguese Version of the Kansas Marital Satisfaction Scale: Preliminary Psychometric Properties. *Marriage & Family Review*, 1-26.

Arnold, K. A., Connelly, C. E., Walsh, M. M., & Martin Ginis, K. A. (2015). Leadership styles, emotion regulation, and burnout. *Journal of occupational health psychology*, 20(4), 481.

Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C. W., Brand-de Wilde, O. M., Fassbinder, E., Harper, R. P., ... & Farrell, J. M. (2022). Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 79(4), 287-299.

Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(1), 119. <https://doi-org.ezp.semantak.com/10.1186/1471-2458-13-119>

Boxall, H., Morgan, A., & Brown, R. (2020). The prevalence of domestic violence among women during the COVID-19 pandemic. *Australasian Policing*, 12(3), 38-46.

Brassard, A., Dupuy, E., Bergeron, S., & Shaver, P. R. (2015). Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: The mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. *The Journal of Sex Research*, 52(1), 110-119.

Brouzos, A., Vassilopoulos, S. P., Baourda, V. C., Tassi, C., Stavrou, V., Moschou, K., & Brouzou, K. O. (2021). "Staying home - feeling positive": Effectiveness of an on-line positive psychology group intervention during the COVID-19 pandemic. *Current Psychology*(New Brunswick,N.J

1_13.doi:http://dx.doi.org.ezp.semantak.com/10.1007/s12144-021-01613-x

- Brown, D. L., Blackmon, S. K., & Shiflett, A. (2018). Safer sexual practices among African American women: intersectional socialisation and sexual assertiveness. *Culture, Health & Sexuality*, 20(6), 673-689.
- Gander, F., Proyer, R. T., Hentz, E., & Ruch, W. (2020). Working mechanisms in positive interventions: A study using daily assessment of positive emotions. *The Journal of Positive Psychology*, 15(5), 633-638.
- García-Moreno, C., Zimmerman, C., Morris-Gehring, A., Heise, L., Amin, A., Abrahams, N., ... & Watts, C. (2015). Addressing violence against women: a call to action. *The Lancet*, 385(9978), 1685-1695.
- Gottman, J. M. (1993). A theory of marital dissolution and stability. *Journal of family psychology*, 7(1), 57.
- Gottman, J. M. (1998). Psychology and the study of marital processes. *Annual Review of Psychology*, 49, 169-197.
- Gottman, M. J. (2014). *Principia Amoris: The New Science Of Love*. Routledge Press.
- Hashemi, R., & Darvishzadeh, K. (2016). Effectiveness of group schema therapy in reducing the symptoms of major depression in a sample of women. *Asian Soc Sci*, 12(6), 8-232.
- Joormann, J., Dkane, M., & Gotlib, I. H. (2006). Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases. *Behavior Therapy*, 37, 269-280.
- Kauffman, C., & Silberman, J. (2009). Finding and Fostering the Positive in Relationships: Positive Interventions in Couples Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 520-531.
- Körük, S., & Özabacı, N. (2018). Effectiveness of Schema Therapy on the Treatment of Depressive Disorders: A Meta-Analysis. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 10(4).
- Lammers, J., & Stoker, J. I. (2019). Power affects sexual assertiveness and sexual esteem equally in women and men. *Archives of sexual behavior*, 48(2), 645-652.
- Brassard, A., Dupuy, E., Bergeron, S., & Shaver, P. R. (2015). Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: The mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. *The Journal of Sex Research*, 52(1), 110-119.
- Claxton, A., O'Rourke, N., Smith, J. Z., & DeLongis, A. (2012). Personality traits and marital satisfaction within enduring relationships: An intra-couple discrepancy approach. *Journal of Social and Personal Relationships*, 3, 375-396.
- Clinton, T. & Trent, J. (2009). *The quick-reference guide to marriage & family counseling*. Michigan: Baker Books.

Costa, P. T. Jr & McCrae, R. R & Holland, J.L. (1984). Personality and vocation interests in an adult sample. *Journal of applied psychology*, 69: 390-400.

Costa, P.T., & McCrae, R. R. (1992). NEO PI-R Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

De Feyter, T., Caers, R., Vigna, C., & Berings, D. (2012). Unraveling the impact of the Big Five personality traits on academic performance: The moderating and mediating effects of self-efficacy and academic motivation. *Learning and Individual Differences*, 22(4), 439-448.

Digman, J.M. (1990). Personality structure: emergence of five-factor model. *Annual Review of psychology*. 41: 417-440.

Ditzen B, Hahlweg K, Fehm-Wolfsdorf G, Baucom, D. (2011): Assisting couples to develop healthy relationships: effects of couples relationship education on cortisol. *Psycho neuroendocrinology*. (36): 597-607.

Dole, C & Schroeder, G.R. (2001). The impact of various factors on the personality, job satisfaction and turnover intentions of professional accountants. *J Managerial Auditing*, 16 (4), 234-245.

Lyubomirsky, S. & Layous, K. (2013). How Do Simple Positive Activities Increase Well-Being? *Current Directions in Psychological Science*, 22 (1), 57-62.

Morvaridi, M., Mashhadi, A., Shamloo, Z. S., & Leahy, R. L. (2019). The effectiveness of group emotional schema therapy on emotional regulation and social anxiety symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12, 16-24.

Nelson, S. K., & Lyubomirsky, S. (2015). Gratitude. In H. S. Friedman, (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health*. Oxford, UK: Elsevier.

Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L. M. (2017). Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 159-170.

Pham, S., Lui, P. P., & Rollock, D. (2020). Intergenerational cultural conflict, assertiveness, and adjustment among Asian Americans. *Asian American Journal of Psychology*, 11(3), 168.

Pokharel, B., Hegadoren, K., & Papathanassoglou, E. (2020). Factors influencing silencing of women who experience intimate partner violence: An integrative review. *Aggression and violent behavior*, 52, 101422.

Putra, I. G. N. E., Dendup, T., & Januraga, P. P. (2021). The roles of women empowerment on attitude for safer sex negotiation among Indonesian married women. *Women & Health*, 61(1), 95-108.

Roth, G., Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2019). Integrative emotion regulation: Process and development from a self-determination theory perspective. *Development and psychopathology*, 31(3), 945-956.

Singer, J. A., & Skerrett, K. (2014). Positive couple therapy: Using we-stories to enhance resilience. Routledge

Tasew, A. S., & Getahun, K. K. (2021). Marital conflict among couples: The case of Durbete town, Amhara Region, Ethiopia. *Cogent Psychology*, 8(1), 1903127.

Vanderlind, W. M., Millgram, Y., Baskin-Sommers, A. R., Clark, M. S., & Joormann, J. (2020). Understanding positive emotion deficits in depression: From emotion preferences to emotion regulation. *Clinical psychology review*, 76, 101826.

Young, K. S., Sandman, C. F., & Craske, M. G. (2019). Positive and negative emotion regulation in adolescence: links to anxiety and depression. *Brain sciences*, 9(4), 76.

Zhang, H., Xie, L., Lo, S. S. T., Fan, S., & Yip, P. (2022). Female sexual assertiveness and sexual satisfaction among Chinese couples in Hong Kong: A dyadic approach. *The Journal of Sex Research*, 59(2), 203-211.

تأثیر طرحواره درمانی بر رضایت جنسی زنان متأهل *The Effect of Schema Therapy on Sexual Satisfaction of Married Women*

Zeinab Sadat Pouraivani(corresponding author)
Masters in Clinical Psychology, Islamshahr
Branch, Islamic Azad University, Islamshahr, Iran
Z.pooreyvani@gmail.com

Nahid Amiri Babaei

Assistant Professor, Department of Psychology,
Imam Khomeini Memorial Unit, Islamic Azad
University, Tehran, Iran

Rosita Zabihi

Assistant Professor, Department of Psychology,
Islamshahr Branch, Islamic Azad University,
Islamshahr, Iran

Abstract

Aim: This study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of schema therapy on sexual satisfaction of married women. **Method:** The research method was a semi-experimental design with a pre-test-post-test design with a control group and the statistical method was analysis of covariance. The research population consisted of married women referring to neighborhood shelters in District 11 of Tehran, which were 100 people. First, a cluster of neighborhood shelters in District 11 of Tehran, two neighborhood shelters, was selected, and a questionnaire was given to women voluntarily by installing a banner and public call. 30 volunteers who were eligible were selected and randomly assigned to two groups of 15 people, control and experimental, and the experimental group participated in 10 sessions of schema therapy. The instrument used in the study was the Larson Sexual Satisfaction Questionnaire (1998) with a Cronbach's alpha of 0.93, which the two groups answered before the start of the first session and after the end of the last session of schema therapy. **Result:** Covariance analysis of the data showed that schema therapy had an effect on the sexual satisfaction of married women in District 11 of Tehran. **Conclusion:** According to the results of the study, it can be recommended to psychologists to use this approach to increase sexual satisfaction in married women.

Keywords: Sexual satisfaction, married women, schema therapy

زینب سادات پورایوانی (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی،
اسلامشهر، ایران.

Z.pooreyvani@gmail.com

ناهید بابائی امیری

استادیار گروه روانشناسی، واحد یادگار امام خمینی (ره) شهرری، دانشگاه آزاد
اسلامی، تهران، ایران.

رزیتا ذبیحی

استادیار گروه روانشناسی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی،
اسلامشهر، ایران.

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر رضایت جنسی زنان متأهل انجام گرفته است. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح تحقیق پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و روش آماری تحلیل کواریانس بود. جامعه پژوهش را زنان متأهل مراجعه کننده به سرای محله های منطقه ۱۱ شهر تهران که ۱۰۰ نفر بوده اند، تشکیل داده بودند. ابتدا به صورت خوشه ای از سرای محله های منطقه ۱۱ شهر تهران دو سرای محله انتخاب، با نصب بنر و فراخوان عمومی به صورت داوطلبانه به زنان پرسشنامه داده شد و هدفمند ۳۰ نفر از داوطلبان که واجد شرایط بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش قرار گرفتند و گروه آزمایش ۱۰ جلسه طرحواره درمانی شرکت کردند. ابزار مورد استفاده در پژوهش پرسشنامه رضایت جنسی لارسون (۱۹۹۸) با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بود که دو گروه پیش از شروع اولین جلسه و پس از پایان آخرین جلسه طرحواره درمانی به آن پاسخ دادند. **یافته ها:** تحلیل کواریانس داده ها نشان داد که طرحواره درمانی بر رضایت جنسی زنان متأهل منطقه ۱۱ شهر تهران اثرگذار بوده است. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج پژوهش می توان به روانشناسان توصیه کرد برای افزایش رضایت جنسی در زنان متأهل از این رویکرد استفاده کنند.

کلمات کلیدی: رضایت جنسی، زنان متأهل، طرحواره درمانی

مقدمه

خانواده کوچک‌ترین واحد اجتماعی و به عنوان یکی از نهادهای مهم جامعه می‌باشد که فرد تجربه زندگی را در آن کسب می‌نماید. آغاز شکل‌گیری خانواده با ازدواج می‌باشد. پیوند ازدواج یک پیوند اجتماعی و عاطفی عمیق بین زن و شوهر است که می‌تواند سلامت جسمانی و روانی را برای زوجین در پی داشته باشد و ازدواج موفق می‌تواند بسیاری از نیازهای جسمانی و روانی را در یک محیط امن برآورده سازد (پورمیرصالح و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین پیوند ازدواج ارتباطی اساسی و زیربنایی بین زن و مرد می‌باشد و نوعی تعهد محکم است که پایه‌ای برای بزرگسالی فراهم می‌نماید (کیانی چمرودی و همکاران، ۲۰۲۱). یکی از مهمترین عوامل تاثیرگذار بر کیفیت و پایداری رابطه زوجین رضایت جنسی است (لاونر^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). در واقع رضایت جنسی به عنوان درجه‌ای تعریف شده که زوجین از برآورده شدن انتظارات و نیازهای جنسی خود و همسر آگاه می‌شوند (حیدری، ۲۰۱۷). رضایت جنسی در روابط زوجین عامل بسیار مهمی در سلامت روان زنان است و نبود رضایت جنسی همراه روابط زناشویی منجر به ایجاد احساس ناکامی و عدم احساس ایمنی می‌شود (قریشی و همکاران، ۲۰۱۸). رابطه زوجین با یکدیگر باید به منزله رابطه رضایت بخش برای همسران باشد به طوری که زوجین بتوانند نیازهای عاطفی و روانی خود را در آن تامین کرده و هر یک از زوجین بتوانند علاوه بر داشتن امنیت روانی، نیازهای جنسی خود را نیز در یک فضای صمیمانه برآورده کنند. رضایت جنسی در واقع عبارت از پاسخ عاطفی - هیجانی برخاسته از ارزیابی‌های ذهنی مثبت و منفی فرد از رابطه جنسی خود با همسر خود می‌باشد؛ همچنین افزایش رضایت جنسی سبب افزایش رضایت از زندگی، حرمت خود، رضایت از رابطه، رضایت عاطفی، قابلیت عشق ورزی و احساس شادی در زندگی می‌شود. در یک ازدواج سالم وجود یک رابطه جنسی مطلوب به نحوی که بتواند موجب تامین رضایت طرفین شود در موفقیت و پایداری کانون خانواده نقش بسیار مهم و اساسی دارد. از طرفی نارضایتی از رابطه جنسی بین زوجین به ناسازگاری زناشویی و دل زدگی زناشویی منجر می‌شود (ون استینرگبن^۲ و همکاران، ۲۰۱۴).

در تعریف دیگر رضایت جنسی مطلوب قضاوت و تحلیل هر فرد از میزان لذتی که هنگام برقراری رابطه جنسی به وجود می‌آید نیز می‌باشد. همچنین رضایت جنسی رسیدن به مرحله اوج لذت جنسی (اورگاسم) نیز تعریف شده است (زارع درخشان و روشن چسلی، ۲۰۱۹). رضایت جنسی دارای دو مولفه می‌باشد: جسمانی و عاطفی. رضایت جنسی جسمانی به این موضوع اشاره می‌کند که عمل جنسی تا چه حد انجام شده است، همچنین به محیط عمل جنسی و مطلوب بودن فرایند جنسی نیز اشاره می‌کند. از طرفی رضایت جنسی عاطفی به وضعیت شادمانی، راحتی و رابطه عاطفی بین زوجین اشاره می‌کند. پژوهش‌ها بیان می‌کند که افراد با میل جنسی پایین و افرادی که از نظر جنسی غیر فعال هستند

¹Lavner² Van steenberg

نیز توانایی گزارش سطوح بالایی از رضایت عمومی از رابطه جنسی خود دارند (آتاکی^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). رضایت جنسی یکی از عوامل مهم رضایت از زندگی زناشویی و از عوامل مهم موثر بر سلامتی و کیفیت زندگی زوجین و از مهم‌ترین شاخص‌های رضایت از زندگی می‌باشد؛ همچنین رضایت جنسی به خصوص در اوایل زندگی زناشویی چهارچوبی را برای زوجین ایجاد می‌کند که در آن می‌توانند عشق، صمیمیت، لذت و محبت را به بهترین شکل ممکن به دست آورند (طلائی زاده و بختیارپور، ۲۰۱۶). رضایت جنسی بالا نشانگر سلامت رابطه، تمایلات جنسی سالم، پذیرش خود، ادراک مثبت از شریک جنسی و کیفیت خوب زندگی می‌باشد. در زمینه رضایت جنسی گاهی مشکلاتی مانند کاهش تمایلات، ناتوانی جنسی و... وجود دارد که به خاطر ترس، نگرانی، شرم، خجالت و یا احساس بی‌کفایتی و گناه پنهان می‌ماند و بیان نمی‌شود. در بسیاری از این مواقع این مشکلات نهفته ممکن است خود را با عوامل و عوارض دیگری مانند ناراحتی جسمی، افسردگی، نارضایتی و ناسازگاری در زندگی زناشویی نشان دهد (گلایی و همکاران، ۲۰۱۷). از عوامل اثرگذار بر رضایت جنسی زوجین چرخه زندگی زناشویی است که مدل چند مرحله‌ای آن شامل مراحل زیر است:

۱- سال‌های اولیه ازدواج ۲- انتقال به دوره والدینی ۳- نیمه زندگی ۴- فراوالدینی ۵- مرحله اوج
سال‌های اولیه ازدواج: به نظر متخصصان مخاطره‌آمیزترین و در عین حال هیجان‌انگیزترین مرحله، مرحله اول است که برای اکثر زوج‌ها بالاترین سطح رضایت جنسی را سبب می‌شود.
انتقال به دوره والدینی: این مرحله با تولد اولین فرزند شروع و تا سنین نوجوانی فرزند ادامه دارد؛ بررسی‌ها نشان می‌دهد که بیشتر همسران در فاصله ۱ تا ۳ ماه پس از تولد نوزاد کاهش رضایتمندی جنسی را گزارش می‌کنند؛ پژوهش‌ها نشان می‌دهد رضایت جنسی در همسرانی که وارد مرحله والدینی شده‌اند نسبت به دوره قبل کاهش چشمگیری دارد.
نیمه زندگی: آغاز این مرحله زمانی است که آخرین فرزند خانواده به دوره نوجوانی می‌رسد و اولین فرزند برای تشکیل زندگی خانه را ترک کرده است. در این مرحله زن و شوهر تنش بسیاری را به دلیل کشمکش‌های دوره نوجوانی فرزندشان تجربه می‌نمایند و میزان رضایت جنسی با تغییرات چشمگیری همراه است.
فرا والدینی: این مرحله زمانی آغاز می‌شود که آخرین فرزند خانه را ترک می‌نماید.
مرحله اوج: این مرحله همراه با زمان بازنشستگی زوجین می‌باشد؛ ویژگی اصلی این دوره سندروم آشیانه خالی می‌باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این مرحله برای بسیاری از زوج‌ها دوره مثبتی می‌باشد و رضایت جنسی نسبت به دوره‌های قبل افزایش پیدا می‌کند؛ در این مرحله زوجین تفاوت‌های خود را فهمیده و آن را می‌پذیرند و انرژی خود را صرف همراهی و مراقبت از یکدیگر می‌نمایند (حسینی تاش، ۲۰۱۹).

بررسی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تئوری‌های جدید در مورد رضایت جنسی و تمایلات جنسی از نظریه فروید آغاز شده است. فروید منشا فعالیت‌های روانی انسان را تمایل جنسی معرفی می‌کند؛ فروید مسائل جنسی انسان‌ها را بسیار با اهمیت می‌داند و اعتقاد دارد که ارضا شدن غرایز جنسی در انسان مانع بروز بسیاری از مشکلات می‌شود و یا راه‌حلی

¹ Attuky

برای بسیاری از موضوعات زندگی فردی می‌باشد (مجبی، ۲۰۱۵).

برای بهبود روابط زوجین درمان‌های مختلفی ایجاد شده است که یکی از آنها طرحواره درمانی می‌باشد؛ طرحواره درمانی روشی مبتنی بر طرحواره و برای حل اختلافات می‌باشد که توسط یانگ به وجود آمده است. طرحواره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت می‌پردازد و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد. در این رویکرد تمرکز بر آگاهی و بینش افزایش می‌یابد و درک نقش طرحواره در حفظ موقعیت‌های مسئله آفرین و همچنین تعدیل نحوه فعال‌سازی و عمل طرحواره‌ها هدف اصلی آن می‌باشد (تقی یار و همکاران، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد طرحواره‌های ناسازگار اولیه موجب افزایش مشکلات بین فردی افراد می‌شود؛ همچنین طرحواره‌ها نقش مهمی در شکل‌گیری احساسات ما و رفتار ما نسبت به دیگران و محیط دارند. (کریمیایی و ال یاسین، ۱۴۰۲).

در واقع طرحواره‌ها سازه‌هایی هستند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل گرفته‌اند و به عنوان واسطه پاسخ‌های رفتاری افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهند (دانگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). از مسائل مهم در طرحواره درمانی این است که هر چقدر کسی در ارضای نیازهای کودکیش مشکل بیشتری داشته باشد و خلق و خوی وی کمتر درک شده باشد و هر چقدر شدت وقایع آسیب‌زای تجربه شده در کودکی بیشتر باشد، طرحواره‌های بیشتر و با شدت بیشتر در بزرگسالی ایجاد می‌شود و فرد در زندگی خود بیشتر دچار مشکل می‌شود. طرحواره‌ها در هر زمان کم و بیش فعال یا تاثیرگذار می‌باشند و وقتی شرایط شباهت‌هایی با موقعیت‌هایی که منجر به ایجاد طرحواره شدند را نشان دهد، آن طرحواره به صورت برجسته خود را نشان می‌دهد (جنדרن^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). این رویکرد ۴ دسته راهبردهای تغییر و یا تکنیک درمانگری عمده را با یکدیگر تلفیق کرده است و در فرایند درمان از این راهبردها بسته به شرایط استفاده می‌شود که این راهبردها عبارتند از: تکنیک‌های شناختی، رفتاری، تجربی و رابطه درمانی (لوئیس^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). در واقع یانگ اعتقاد داشت که رفتارهای ناسازگار در پاسخ به طرحواره‌ها به وجود می‌آیند و نیز برانگیختن طرحواره‌ها باعث ایجاد جذابیت جنسی در روابط عاشقانه می‌شوند؛ لذا از این مدل درمان برای مشکلات زناشویی و مشکلات رایج در تداوم روابط جنسی و صمیمی استفاده می‌شود (زرگر و صداقتی فرد، ۱۴۰۱).

در این زمینه پژوهش‌هایی برای نشان دادن اثربخشی طرحواره درمانی بر رضایت جنسی انجام شده است. بدین منظور در پژوهش (اخلاقی و رسولی، ۲۰۲۲)، تحت عنوان (اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش علائم واژینسموس و افزایش رضایت جنسی در زنان خانه‌دار)، نتایج نشان داده است که با توجه به تفاوت معنادار در دو گروه آزمایش و گواه، طرحواره درمانی هیجانی سبب کاهش علائم واژینسموس و افزایش رضایت جنسی زنان می‌شود. همچنین در پژوهش (شیرمردی، ۲۰۲۱)، تحت عنوان (مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و شناختی - رفتاری و رضایت جنسی در افراد متاهل مراجعه کننده به مراکز روانشناختی شهر اهواز) نتایج نشان داده است که طرحواره درمانی هیجانی و شناخت - رفتار درمانی مسبب افزایش رضایت جنسی و مؤلفه‌های آن در زوجین ناسازگار است. در پژوهش

¹ Dang

² Genderen

³ Louis

(بیلال^۱ و رسول، ۲۰۲۰) تحت عنوان (رضایت زناشویی و رضایت از زندگی: نقش واسطه‌ای رضایت جنسی در زنان متاهل) نتیجه گرفتند که همبستگی مثبت و معناداری بین رضایت جنسی و سازگاری زناشویی وجود دارد. در پژوهش (مولر^۲، ۲۰۱۳) تحت عنوان (طرحواره‌های جنسی و رضایت جنسی در روابط عاشقانه) نشان داده است که طرحواره‌ها بر تفسیر عملکرد فرد در یک موقعیت جنسی تأثیر می‌گذارند.

همواره به علت محدودیت‌های فرهنگی و اجتماعی و سیاستگذاری‌های نامناسب بهداشتی در مقوله جنسی در برخی جوامع مانند ایران پرداختن به موضوع رضایت جنسی مشکل اصلی پژوهشگران می‌باشد؛ به همین دلیل اطلاعات پایه و مطالعات در این زمینه بسیار اندک است. از طرفی بررسی‌ها نشان می‌دهند که تعارضات و مشکلات جنسی همیشه جز چند علت اول طلاق و تعارضات زناشویی می‌باشد. در کشور ما نیز هر ساله آمارهای متعددی درباره علت مشکلات زناشویی و طلاق مطرح می‌شود که در این میان مشکلات و عوامل جنسی بسیار اثر گذار می‌باشد (گلابی و همکاران، ۲۰۱۷). با توجه به مباحث مطرح شده می‌توان گفت اجرای پژوهش‌هایی از این دست برای یافتن راهکار برای بهبود رضایت جنسی و نقش طرحواره درمانی به عنوان رویکرد درمانی در زنان متاهل از اهمیت بسیاری برخوردار می‌باشد؛ یافته‌های این تحقیق می‌تواند از یک سو هزینه‌ها و مشکلات مادی و روانی ناشی از تعارضات و اختلافات خانوادگی و تأثیران بر زنان متاهل را کاهش دهد و از سوی دیگر می‌توان پیشنهادی مناسبی برای سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های کلان اجرایی داد تا بنیان‌های خانواده استحکام بیشتری به دست آورد؛ از این رو پرداختن به موضوع تأثیر طرحواره درمانی بر سازگاری زناشویی و رضایت جنسی زنان متاهل ضروری می‌باشد.

با توجه به پژوهش‌های انجام شده در این زمینه و ضرورت انجام این پژوهش، پژوهش حاضر به منظور دستیابی به هدف اصلی خود، تعیین تأثیر طرحواره درمانی بر رضایت جنسی زنان متاهل انجام شده است.

روش

روش پژوهش حاضر آزمایشی از نوع نیمه آزمایشی با طرح تحقیق پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان مراجعه کننده به سرای محله‌های منطقه ۱۱ شهر تهران که ۱۰۰ نفر بودند، تشکیل داده بودند که از این تعداد ۳۰ نفر از زنان مراجعه کننده به سرای محله‌های منطقه ۱۱ شهر تهران نمونه پژوهش را تشکیل داده بودند؛ ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه به طور تصادفی قرار گرفته بودند. روش نمونه‌گیری بدین گونه بود که ابتدا پس از اخذ کد اخلاق (IR.IAU.PIAU.REC.1403.013)، به صورت خوشه‌ای از سرای محله‌های منطقه ۱۱ شهر تهران دو سرای محله انتخاب، سپس با نصب بنر و فراخوان عمومی به صورت داوطلبانه به زنان پرسشنامه داده شد و به صورت هدفمند ۳۰ نفر از داوطلبان که واجد شرایط بودند انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند؛ بدیهی است که ۳۰ نفر از پاسخ دهندگان به پرسشنامه رضایت جنسی که کمترین نمره را دریافت کرده بودند و دارای ملاک‌های ورود بودند، انتخاب شده بودند. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل

¹ Bilal

² Mueller

افراد با خصوصیات زیر بوده است: زنان با سنین ۳۰ تا ۴۵ سال، حداقل ۵ سال سابقه تاهل، تحصیلات دیپلم یا لیسانس، حداقل دارای دو فرزند و ساکن در منطقه ۱۱ شهر تهران. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل ارائه اطلاعات ناقص و نامعتبر، عدم شرکت در تمامی جلسات مشاوره و مصرف داروهای روانپزشکی یا مواد مخدر بوده است.

ابزار

. در پژوهش حاضر از ابزارهای زیر استفاده شده است:

مقیاس رضایت جنسی لارسون^۱ و همکارانش (۱۹۹۸):

مقیاس رضایت جنسی به وسیله لارسون و همکارانش در سال ۱۹۹۸ ساخته شده است و دارای ۲۵ عبارت می‌باشد. در پژوهشی اعتبار و پایایی همگرا با شاخص استاندارد این آزمون به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۶ گزارش شده است (رضایی و همکاران، ۲۰۱۳).

تحقیق دیگری پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای یک گروه بارور ۰/۹۳ و برای گروه نابارور ۰/۸۹ گزارش کرده است (عدل خواه و همکاران، ۲۰۱۷). مبنای پاسخ‌های این پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای می‌باشد و عبارت‌های ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۴، ۲۵ برعکس نمره‌گذاری شده است. کمترین نمره برای این آزمون، نمره ۲۵ و بیشترین، نمره ۱۲۵ است. نمره بالاتر نشان دهنده رضایت جنسی بالاتر می‌باشد. همچنین اعتبار پرسشنامه در پژوهش حاضر سنجیده شده است. نتایج نشان داد این پرسشنامه دارای روایی می‌باشد. از طرفی به علت دارا بودن آلفای کرونباخ ۰/۷، پایایی این پرسشنامه نیز تایید می‌شود.

روش اجرا

پس از انتخاب افراد نمونه و گمارش آن‌ها در دو گروه آزمایش و گواه، ۱۰ جلسه طرحواره درمانی برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکردند. قبل و بعد از مداخلات به تمامی شرکت کنندگان در دو گروه پرسشنامه رضایت جنسی داده شد. داده‌های پژوهش نیز با استفاده از روش تحلیل کواریانس و نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

در پژوهش حاضر به منظور مداخله از پرتکل طرحواره درمانی یانگ^۲ (۲۰۰۶)، استفاده شده است:

مشاوره طرحواره درمانی گروهی که توسط یانگ ۲۰۰۶ طراحی شده است طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی اجرا شد. مطالب هر جلسه به طور خلاصه در جدول زیر آمده است:

¹ Larson

² Yong

جدول ۱. محتوای جلسات مشاوره طرحواره درمانی گروهی

جلسه	اهداف جلسه
پیش آگهی:	انجام برنامه ریزی برای تشکیل اعضای گروه آزمایش، انتخاب اعضا، تاکید بر حضور اعضا در همه جلسات و مشارکت اعضا، مشاوره فردی با همه اعضا قبل از شروع، توضیح و روشن سازی روش مشاوره گروهی برای اعضا و پاسخ به ابهامات آن ها، به توافق رسیدن با اعضا گروه در مورد زمان تشکیل جلسات گروهی
جلسه اول:	تلاش برای ایجاد ارتباط اولیه بین اعضای گروه و معرفی و آشنایی افراد با یکدیگر، بیان قوانین گروه و رازداری در جلسات، تلاش برای ایجاد اعتماد به یکدیگر و درمانگر، بیان اهداف انجام مشاوره گروهی، آموزش مفهوم طرحواره و طرحواره درمانی، توضیح و توزیع فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ و پرسشنامه چندوجهی سرگذشت زندگی به عنوان تکلیف جلسه آینده به اعضای شرکت کننده
جلسه دوم:	شناسایی طرحواره ها با روش تصویرسازی ذهنی از طریق بیان منطق تکنیک و انجام تکنیک در جلسه و بررسی آن، بررسی پرسشنامه های اجرا شده، همچنین با استفاده از تصویرسازی ذهنی کمک به اعضا برای تجربه کردن هیجان های مربوط به طرحواره های اعضا
جلسه سوم:	توضیح سبک های مقابله ای برای اعضا، آموزش انواع سبک های مقابله، بیان چند مثال در مورد سبک های مقابله ای اعضای گروه
جلسه چهارم:	انجام تکنیک آزمون اعتبار طرحواره ها در جلسه (بررسی شواهد عینی تایید کننده طرحواره و بررسی شواهد عینی رد کننده طرحواره های اعضا و همچنین تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرحواره های موجود در اعضای گروه)
جلسه پنجم:	آموزش و نوشتن کارت های آموزشی طرحواره برای اعضا در جلسات، بررسی مزایا و معایب پاسخ های مقابله ای اعضای گروه و همچنین آموزش و تکمیل فرم ثبت طرحواره به اعضای گروه
جلسه ششم:	ارزیابی فرم ثبت طرحواره و کارت های آموزشی انجام شده توسط اعضا، آموزش و استفاده از تکنیک گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره اعضا در جلسات
جلسه هفتم:	آموزش و انجام تکنیک تصویرسازی ذهنی شامل تصویرسازی اعضا از دوران کودکی خودشان، پیوند تصویر ذهنی گذشته به زمان حال اعضا و همچنین مفهوم سازی تصویر ذهنی در قالب طرحواره های اعضای گروه
جلسه هشتم:	آموزش و انجام تکنیک گفتگوی خیالی با والدین اعضا با استفاده از تکنیک صندلی خالی در جلسه، انجام تکنیک تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی رفتاری در اعضا همچنین نوشتن نامه به والدین به عنوان تکلیف خانگی و بیان منطق تکنیک به اعضا
جلسه نهم:	ارزیابی تکلیف خانگی جلسه گذشته، بررسی مجدد مشکلات اعضای گروه
جلسه دهم:	تلاش برای ایجاد انگیزه برای تغییر رفتار در اعضای گروه با استفاده از روش ارتباط دادن رفتار آماجی با ریشه های تحولی آن در دوران کودکی اعضا و بررسی مجدد مزایا و معایب ادامه رفتار در اعضا، تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، تهیه کارت های آموزشی برای اعضا و تمرین رفتارهای سالم. در پایان جمع بندی و مرور کلی بحث های جلسه های گذشته با همیاری اعضای گروه، بررسی نظرات اعضا از محتوای جلسات برگزار شده و همچنین اجرای پس آزمون در جلسه

یافته‌ها

در جدول زیر اطلاعات کلیه افراد نمونه در گروه آزمایش و گروه کنترل در دو قسمت پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک آورده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش برای گروه کنترل و آزمایش

عامل	حجم نمونه	میانگین	میان	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
پیش‌آزمون						
کنترل	۱۵	۱.۹۴۱	۰.۱۸۳	۱.۹۶۰	۱.۶۴۰	۲.۲۴۰
آزمایش	۱۵	۱.۹۴۷	۰.۱۷۳	۱.۹۲۰	۱.۶۴۰	۱.۶۴۰
پس‌آزمون						
کنترل	۱۵	۱.۹۹۱	۰.۳۷۶	۲.۰۰۰	۱.۴۳۰	۲.۷۱۰
آزمایش	۱۵	۴.۱۴۱	۰.۱۸۰	۴.۰۸۰	۳.۸۸۰	۴.۴۰۰

با توجه به جدول مشاهده می‌شود که میانگین نمره رضایت جنسی زنان گروه کنترل مراجعه کننده به سرای محله‌های منطقه ۱۱ شهر تهران در پیش‌آزمون برابر ۱/۹۴۱ و در پس‌آزمون برابر ۱/۹۹۱ می‌باشد. ملاحظه می‌شود که در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت خیلی جزئی وجود دارد و بدیهی است که این گروه تحت تاثیر هیچ آزمایش و مداخله‌ای قرار نگرفته است و انتظار می‌رود که در پیش‌آزمون و پس‌آزمون میانگین نمرات گروه کنترل برابر باشند؛ از طرفی میانگین نمره رضایت جنسی زنان گروه آزمایش در پیش‌آزمون برابر ۱/۹۴۷ و در پس‌آزمون برابر ۴/۱۴۱ می‌باشد. این تفاوت میانگین در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به دلیل تاثیر مداخله طرحواره درمانی در گروه آزمایش در پس‌آزمون است که باعث افزایش میانگین نمره رضایت جنسی زنان مراجعه ۰۵۹ کننده به سرای محله‌های منطقه ۱۱ شهر تهران شده است. در این پژوهش از آزمون معتبر کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی فرض نرمال بودن داده‌های پژوهش استفاده شده است.

متغیر	حجم نمونه	آماره آزمون کولموگروف اسمیرنوف	سطح معناداری آزمون
پیش آزمون			
رضایت جنسی	۳۰	.۰۹۵	.۲۰۰
پس آزمون			
رضایت جنسی	۳۰	.۰۵۹	.۲۰۰

باتوجه به جدول فوق که مقدار معناداری آزمون برای متغیر مورد بررسی بیشتر از میزان ۰.۰۵ می باشد، می توان بیان کرد که متغیر از توزیع نرمال پیروی می کند. همچنین با توجه به قضیه حد مرکزی هرگاه حجم نمونه بزرگتر از ۲۵ باشد می توان توزیع داده ها را نرمال در نظر گرفت.

جدول ۴. نتایج آزمون لوین در بررسی تساوی برابری واریانس

عامل	آماره لوین	df1	df2	سطح معنی داری
رضایت جنسی	.۶۳۵	۱	۲۸	.۴۳۲

با توجه به جدول بالا، سطح معنی داری آزمون لوین برای رضایت جنسی بزرگتر از ۵ درصد می باشد، پس فرض همگونی واریانس ها تایید می شود.

جدول ۵. آنالیز کوواریانس پژوهش

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری
مداخله آموزشی	رضایت جنسی	.۴۴۱	۱	.۴۴۱	۱۴.۱۷۱	.۰۰۱
پیش آزمون	رضایت جنسی	۵.۱۰۸E-5	۱	۵.۱۰۸E-5	.۰۰۲	.۹۶۸
خطا	رضایت جنسی	۸۱۰	۲۶	.۰۳۱		

با توجه به آماره F در سطر مداخله آموزشی که برابر (۱۴/۱۷۱) درجدول تحلیل کواریانس فوق و سطح معنی‌داری آن (۰/۰۰۱) ملاحظه می‌شود، تفاوت معناداری بین میانگین نمره سازگاری زناشویی زنان در گروه آزمایش و کنترل در سطح پنج درصد (سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵) وجود دارد. به عبارت دیگر متغیر مداخله گر طرحواره درمانی بر سازگاری زناشویی زنانی که در کلاس‌های طرحواره درمانی حضور داشته‌اند تاثیر داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج آماره F سطرگروه برابر (۱۴/۱۷۱) درجدول تحلیل کواریانس فوق و سطح معنی‌داری آن (۰/۰۰۱) ملاحظه می‌شود، که تفاوت معناداری بین میانگین نمره رضایت جنسی زنان در گروه آزمایش و کنترل در سطح پنج درصد وجود دارد. (سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵) به عبارت دیگر متغیر مداخله گر طرحواره درمانی بر رضایت جنسی زنان که در کلاس‌های طرحواره درمانی حضور داشته‌اند تاثیر داشته است. به طور کلی نتایج پژوهش نشان داد طرحواره درمانی بر رضایت جنسی زنان متأهل تاثیر دارد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های امینی و همکاران (۱۴۰۱)، اخلاقی و رسولی (۱۴۰۱)، شیرمردی (۱۴۰۰)، بیلال^۱، رسول^۲ (۲۰۲۰) و مولر^۳ (۲۰۱۳) هم‌سو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت طرحواره درمانی به‌عنوان رویکردی نوین در روان‌درمانی، می‌تواند تأثیر چشمگیری بر رضایت جنسی داشته باشد. طرحواره‌ها می‌توانند تأثیر مستقیمی بر تصویر فرد از خود و شریک زندگی در زمینه جنسی داشته باشند، که در نهایت منجر به کاهش رضایت جنسی می‌شود. مداخلات طرحواره درمانی با شناسایی و تغییر این طرحواره‌های ناکارآمد، به بهبود ارتباطات و افزایش همدلی و درک در روابط زوجین کمک می‌کند که این امر می‌تواند به‌طور مستقیم بر افزایش رضایت جنسی تاثیرگذار باشد. از طرفی طرحواره درمانی به عنوان رویکردی موثر در روان‌درمانی، می‌تواند با اثرگذاری چشمگیر بر ابعاد مختلف رضایت جنسی باعث افزایش رضایت جنسی شود. در بعد تمایل به برقراری روابط جنسی، طرحواره درمانی با شناسایی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه که ممکن است مانع تمایل طبیعی به روابط جنسی باشند، می‌تواند به افزایش میل و علاقه‌مندی به این روابط منجر شود. در بعد نگرش جنسی، این درمان از طریق تغییر باورها و نگرش‌های منفی یا ناکارآمد نسبت به روابط جنسی، نگرش مثبت‌تر و سالم‌تری را در افراد ایجاد می‌کند. در بعد کیفیت زندگی جنسی، طرحواره درمانی با کاهش اضطراب‌ها و موانع روان‌شناختی مرتبط با تجربه جنسی، می‌تواند کیفیت تجربه جنسی را بهبود بخشد. در نهایت، در بعد سازگاری جنسی، این درمان با تقویت ارتباطات عاطفی و همدلی، به افزایش هماهنگی و سازگاری در روابط جنسی بین زوجین کمک می‌کند و در نهایت رضایت کلی جنسی را افزایش می‌دهد.

¹ Bilal

² Rasul

³ Muller

از مهم ترین محدودیت های پژوهش می توان به این مسئله اشاره کرد که در این پژوهش امکان کنترل همه متغیرهای مزاحم وجود نداشت. همچنین از آن جایی که داده های پژوهش حاضر از نظر مکانی، متعلق به زنان متاهل منطقه ۱۱ شهر تهران در یک دوره زمانی خاص می باشد، ممکن است در سایر شهرهای کشور نتایج متفاوتی حاصل گردد. برای افزایش تعمیم پذیری نتایج، پیشنهاد می شود که نمونه گیری از سایر مناطق جغرافیایی نیز صورت گیرد. به طور مشخص، پژوهش هایی مشابه در دیگر مناطق تهران و سایر شهرهای کشور انجام شود تا بتوان تفاوت های احتمالی فرهنگی و اجتماعی را شناسایی و نتایج را مقایسه کرد. تکرار پژوهش در دوره های زمانی مختلف می تواند تأثیرات دوره های خاص بر نتایج را کاهش دهد. همچنین پیشنهاد می شود پژوهش های آینده به بررسی تأثیر طرحواره درمانی بر سازگاری زناشویی و رضایت جنسی در گروه های مختلف جمعیتی مانند زنان و مردان، افراد با سطوح مختلف تحصیلات، و زوجین در مراحل مختلف زندگی زناشویی بپردازند. این مطالعه مقایسه ای می تواند نشان دهد که چگونه تفاوت های جمعیتی می تواند بر اثربخشی طرحواره درمانی تأثیر بگذارد. به منظور پیشنهاد های کاربردی، پیشنهاد می شود که مراکز مشاوره و روان درمانی برنامه های آموزشی منظمی برای طرحواره درمانی ارائه دهند. این برنامه ها می تواند به زوجین کمک کند تا الگوهای ناسالم فکری و رفتاری خود را شناسایی کرده و آنها را اصلاح کنند، که منجر به بهبود کیفیت زندگی جنسی و سازگاری زناشویی خواهد شد. همچنین، برگزاری کارگاه های گروهی منظم برای زوجین که در آن ها مهارت های طرحواره درمانی آموزش داده می شود، می تواند به افزایش تعاملات مثبت و بهبود روابط جنسی کمک کند. این کارگاه ها می توانند به زوجین کمک کنند تا نگرش های مثبتی نسبت به روابط جنسی و زناشویی خود پیدا کنند و از تجرب مشترک دیگران بهره مند شوند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش و همچنین عوامل سرامحله های منطقه ۱۱ که همکاری لازم را جهت اجرای پژوهش نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

منابع

- اخلاقی، فاطمه؛ رسولی، نرگس. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش علائم واژینیسموس و افزایش رضایت جنسی در زنان خانه دار. *فصلنامه پرستار و پزشک در رزم*. ۱۰ (۳۶).
- آقا حسین زرگر، نازنین؛ صداقتی فرد، مجتبی. (۱۴۰۱). رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه با سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی معلمین. *فصلنامه روانشناسی تحلیلی- شناختی*. ۱۳ (۵۰): ۷۹-۹۲.
- پورمیر صالح، یاسر رضا؛ اسماعیل بیگی، منیره؛ دلیخون، حمید؛ چهره آزاد، فریبا. (۱۳۹۸). اثربخشی مداخله مبتنی بر تعهد و صمیمیت جنسی بر سازگاری زناشویی و رضایت جنسی زنان متاهل. *نشریه روان پرستاری*. ۷ (۱): ۴۱-۴۹.
- تقی یار، زهرا؛ پهلوان زاده، فرشاد؛ سماوی، سید عبدالوهاب. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی بر سرخوردگی زناشویی

زنان متاهل. نشریه زن و مطالعات خانواده. ۹(۳۴): ۴۰-۶۳.

حسینی تاش، هاجر. (۱۳۹۹). اثربخشی مهارت‌های جنسی بر رضایت جنسی، صمیمیت زوجین و کیفیت روابط جنسی زنان متاهل شهر جهرم. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان.

حیدری، محمد. (۱۳۹۶). بررسی روابط چندگانه میان رضایت از زندگی رضایت زناشویی و رضایت جنسی با بهبود کیفیت زندگی زناشویی زنان متاهل شهرستان آباد. فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه. ۱۸(۴): ۲۰۵-۲۲۸.

زارع درخشان، احترام؛ روشن چلی، رسول. (۱۳۹۹). رابطه بین رضایت جنسی خود کارآمدی جنسی و شادکامی بر رضایت جنسی: نقش میانجی ناگویی هیجانی. نشریه روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۸(۱): ۱-۱۶.

شیرمردی، نوید. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و شناختی رفتاری و رضایت جنسی در افراد متاهل مراجعه کننده به مراکز روانشناختی شهر شیراز. اولین همایش ملی روان درمانی در ایران.

طلایی زاده، فخری؛ بختیارپور، سعید. (۱۳۹۵). رابطه رضایت زناشویی و رضایت جنسی با سلامت روان زوجین. فصلنامه علمی-پژوهشی اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی. ۱۰(۴۰): ۳۷-۴۶.

قریشی، ابوالفضل؛ وکیلی، محمد مسعود؛ امیر محسنی، مریم. (۱۳۹۸). رضایت جنسی زنان متاهل و برخی متغیرهای مرتبط با آن. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۷۷(۱۰): ۶۴۵-۶۴۰.

کریمیایی، میترا؛ آل یاسین، سید علی. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر وابستگی بین فردی و نارسایی هیجانی در زنان با اختلال شخصیت وابسته. فصلنامه روانشناسی تحلیلی-شناختی. ۴(۵۴): ۱۰۲-۸۸.

کیانی چلمرودی، احمدرضا؛ شهبازی، نگاره؛ حسن زاده، افشین؛ جمشیدیان نایینی، یاسمن. (۱۴۰۰). پیش بینی سازگاری رضایت زناشویی و آشفتگی روانشناختی (افسردگی و اضطراب) در زنان متاهل بر اساس ادراک ازدواج والدین و سبک‌های دلبستگی. مجله رویش روانشناختی. ۱۰(۶).

گلایی، فاطمه؛ عزیزاده اقدم، محمد باقر؛ حسین زاده، الهامقهراری، شهربانو. (۱۳۹۶). تغییر طرحواره‌ها. تهران. نشر رشد.

محبی، شهربانو. (۱۳۹۴). رابطه مهارت‌های حل مسئله و سبک‌های حل تعارض با صمیمیت و سازگاری زناشویی در زوجین شهر بندرعباس. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه هرمزگان، واحد پردیس قشم.

Attuky, A., Schepers, J., Kok, G., Dewitte, M. (2021). The role of sexual desire, sexual satisfaction, and relation ship satisfaction in the sexual function of Arab couples living in Saudi Arabia, *Sexual Medicine*, 9(2).

Bilal, A., Rasool, S. (2020). Marital satisfaction and satisfaction with life: Mediating role of sexual satisfaction in married women. *Journal of Psychosexual Health*, 2(1): 77-86.

- Dang, S., Sharma, P., & Shekhavat, L. S. (2019). Cognitive schemes among mental health professionals and other health professionals. *Indian journal of psychological medicine*. 41(3):268.
- Genderen, H., Rijkeboer, M., & Arntz, A. (2012). Theoretical model: Schemas, coping styles and modes. The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice Page: 27-40. Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119962830.ch2>.
- communication Lavner, J, A., Karney, B, R., Bradbury, T, N. (2016). Does couples predict marital satisfaction or does marital satisfaction predict communication? *Journal Marige Fam*. 78(3): 680-694.
- Louis, J. P., Wood, A. M., Lockwood, G., Ho, M.H.R., & Ferguson, E. (2018). Positive clinical psychology and schema therapy (ST) : The development of the young positive schema Questionnair (YPSQ) to complement the Young Schema Questionnair 3 short form. *Psychological assessment*. 3(4):45-61.
- Mueller, k. (2013). *Sexual Self-Schemas and Sexual Satisfaction in Romantic Relationships*. Masters thesis, Waterloo university.
- Van steenbergen, E.F., Kluwer, E. S., Karney, B.R. (2014). work-family enrich ment, work-family conflict and marital Satisfaction :A dyadic analysis. *Journal of occup health psychology*.19(2):182-194.

بررسی اثربخشی برنامه روان درمانی تحلیل رفتار متقابل بر استرس تحصیلی و صمیمیت اجتماعی دانش آموزان پسر ناسازگار مقطع متوسطه اول شهرستان مبارکه

Investigating The Effectiveness Of Mutual Behavior Analysis Psychotherapy Program On Academic Stress And Social Intimacy Of Maladjusted Male Students Of The First Secondary Level Of Mobarake City.

Zahra Ziai Khanouye(responsible author)

Master's Degree In Educational Psychology, Mobarakeh
Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email:
Zahra.Ziaei.1990@Gmail.Com

Abas rohani

Department Of Educational Psychology, Islamic Azad
University, Mobarakeh Branch, Isfahan, Iran. Email:
Abas1345r@Yahoo.Com

زهره ضیائی قهنویه (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، واحد مبارکه، دانشگاه آزاد اسلامی،
اصفهان، ایران. Email: Zahra.ziaei.1990@gmail.com

عباس روحانی

استادیار گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد مبارکه، اصفهان، ایران.

Email: Abas1345r@yahoo.com.

Abstract

Aim: The purpose of the research was to investigate the effectiveness of the interaction behavior analysis psychotherapy program on the academic stress and social intimacy of maladjusted male students of the first secondary level in Mobarakeh city. **Method:** A sample of 12 people was randomly selected from among 21 non-adjusted students in two groups of 6 based on Sinha and Singh's (1993) high school students' adjustment scale. The experimental group was exposed to the interactive behavior analysis training program in a group way for 10 sessions. The target groups were tested on two occasions based on dependent variables. **Results:** The results of data analysis with the help of multivariate covariance analysis showed that; The therapeutic approach of mutual behavior analysis had a significant effect on academic stress, but no significant effect was observed for the variable of social intimacy. **Conclusion:** It is suggested that this educational program be used to control the stress of maladjusted students in schools. In the context of the variable of social intimacy, the presence of people against incompatible students in the educational program is suggested.

Keywords: Transactional Analysis, academic stress, social intimacy, maladjusted student.

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی برنامه روان درمانی تحلیل رفتار متقابل بر استرس تحصیلی و صمیمیت اجتماعی دانش آموزان پسر ناسازگار مقطع متوسطه اول در شهرستان مبارکه انجام شد. **روش:** از میان ۲۱ نفر جامعه دانش آموزان ناسازگار در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ نمونه‌ای به حجم ۱۲ نفر در دو گروه ۶ نفره بر اساس مقیاس سازگاری دانش آموزان دبیرستانی سینها و سینگ (۱۹۹۳) به روش تصادفی انتخاب گردید. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه در معرض برنامه آموزشی تحلیل رفتار متقابل به شیوه گروهی بر اساس مطالعات عطا دخت و همکاران (۱۳۹۵)، قرار گرفت. گروه‌های موردنظر طی دو نوبت بر اساس متغیرهای وابسته در معرض آزمون قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها به کمک نرم افزار آماري spss22 و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که؛ رویکرد درمانی تحلیل رفتار متقابل بر استرس تحصیلی اثر معنی‌داری داشته و این تاثیر در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار است. برای متغیر صمیمیت اجتماعی اثر معنی‌داری مشاهده نشد. **نتیجه‌گیری:** پیشنهاد می‌گردد این برنامه آموزشی جهت کنترل استرس دانش آموزان ناسازگار توسط مشاوران مدارس به کار گرفته شود. در زمینه متغیر صمیمیت اجتماعی، حضور افراد مقابل دانش آموزان ناسازگار مانند اولیای مدرسه و همکلاسی‌ها در برنامه آموزشی پیشنهاد می‌گردد.

کلید واژه: تحلیل رفتار متقابل، استرس تحصیلی، صمیمیت اجتماعی، دانش آموز ناسازگار.

مقدمه

دوره نوجوانی^۱ به دلیل رشد سریع و تغییرات ناگهانی و فوق‌العاده در ابعاد گوناگون اعم از جسمی، ذهنی، روانی، عاطفی، اجتماعی و فرهنگی به عنوان یک دوره حساس و مهم در رشد شخصیت نوجوان و کسب استقلال فردی و اجتماعی محسوب می‌شود. فقدان مهارت‌های مطلوب نوجوان در رویارویی با مشکلات زندگی و بحران این دوره که آن را دوران طوفان و فشار می‌نامند، سبب گردید تا این قشر از جامعه در تصمیم‌گیری، کنترل رفتار و مدیریت هیجان با ناهماهنگی، سردرگمی و ناسازگاری مواجه گردد. یکی از شیوه‌هایی که می‌تواند به جبران خلاء وجودی نوجوان که رفتار ناسازگارانه را پیش گرفته، کمک نماید، رشد شخصیت و توجه به ابعاد مختلف "من" با تکیه و تاکید بر روانشناسی مثبت‌گرا است. در این خصوص رویکرد تحلیل رفتار متقابل^۲ با بررسی بازدارنده‌های پیش روی نوجوان که از مدرسه، خانواده و اجتماع به عاریت گرفته است، با مرور بازی‌های صورت گرفته در روابط نوجوان با دیگران و با تاکید بر برقراری رابطه موثر با افراد و اطرافیان و پذیرش نقش خود در قالب "من بالغ" می‌تواند زمینه ظهور و بروز رفتارهای عاقلانه، مثبت و هدفمند را در نوجوانان فراهم نموده و منجر به زندگی شاد و خالی از استرس و نگرانی گردیده، صمیمیت اجتماعی نوجوان را در روابط پیشرو فراهم نماید. ناسازگاری کودکان و نوجوانان در محیط آموزشی، بحث‌های زیادی را به خود اختصاص داده است. رفتارهای ناسازگارانه^۳ رفتارهایی هستند که با نظر والدین، معلمان و کادر آموزشی، مدرسه‌همخوانی ندارند. اطرافیان، احساس ناخوشایندی نسبت به رفتار آنها دارند. صفت‌ها و رفتارهایی که معلمان در مدرسه آنها را رفتار ناسازگار تلقی می‌کنند، عبارتند از؛ پرخاشگری، گستاخی، نداشتن حیا و شرم در حضور دیگران، حاضر جوابی، بهانه‌گیری و توجیه، گوشه‌گیری و بی‌اعتنایی، دروغ‌گویی، بی‌نظمی، قانون شکنی و بی‌احترامی به دیگران. گاهی اوقات قلدری، کینه جویی و زیر پا گذاشتن حقوق دیگران نیز در بین این دسته از نوجوانان دیده می‌شود. اینگونه رفتارها به دلایل مختلفی در نوجوانان ایجاد می‌شود که می‌تواند وابسته به عوامل محیطی، ژنتیکی، روانی، اجتماعی، عاطفی و از همه مهمتر تربیتی باشد. محیط آموزشی با عدم توجه به جنبه‌های فردی و اجتماعی کودک و نوجوان می‌تواند منبع بروز ناهماهنگی زندگی تحصیلی دانش‌آموز باشد. دانش‌آموزی که به دلایل گفته شده در بالا دارای رفتار ناسازگارانه است در زمینه مواردی مانند استرس تحصیلی و صمیمیت اجتماعی، نسبت به گروه همسالان خود دچار مشکلات شدیدتر و حادث‌تری می‌باشد. استرس^۴ از جمله پدیده‌های است که ورود آن به زندگی انسان قبل از تولد شروع می‌شود و تا هنگام مرگ، با ضعف و قوت‌های مختلف ادامه دارد و همچون آفتی بزرگ ابعاد مختلف زندگی، از جمله فعالیت‌ها و تصمیمات شغلی و تحصیلی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. گروهی از صاحب‌نظران استرس را بیماری شایع قرن نامگذاری نموده‌اند. این دوران، عصر استرس و فشارهای عصبی است. دوره‌ای که در آن انسان بیش از هر زمان دیگری در معرض عوامل ایجاد استرس قرار گرفته و مسائل و مشکلات بیشماری از هر طرف او را احاطه نموده است. استرس را میتوان جزء لاینفک زندگی بشر و اساس زندگی او دانست. نوجوانان نیز گاهی اوقات همانند بزرگسالان استرس را در زندگی روزمره خود تجربه می‌کنند. اغلب نوجوانان هنگامی که با موقعیت خطرناک، دشوار یا دردناک روبه‌رو می‌شوند و امکاناتی برای مقابله ندارند، استرس زیادی را تجربه نموده و در سازگاری با موقعیت

1 -Adolescence

2 - Transactional Analysis

3 -Incompatible

4 -Stress

های جدید ناتوانند. این استرس در زمان تحصیل و دوران دانش‌آموزی به دلیل توقعات بیش از حد والدین از آنها برای موفق شدن به کسب نمره بالا فراگیر است (هویزای و عنایتی، ۱۳۹۵).

صمیمیت^۱ نیز یکی از ویژگی‌های مهم روابط بین فردی در اوایل بزرگسالی است. اریکسون^۲ تکالیف صمیمیت را در گذر از مرحله نوجوانی به بزرگسالی به عنوان عامل کلیدی میدانست. به اعتقاد برک^۳ (۲۰۰۶)، صمیمیت در روابط بین فردی نزدیک مثل رابطه با والدین، دوستان نزدیک و همسر دیده می‌شود. صمیمیت ظرفیتی برای باز بودن دوسویه، مشارکت در روابط با دیگران و اعتماد متقابل است. توانایی برقراری روابط صمیمانه با دیگران یکی از عوامل کلیدی در بهزیستی روانی افراد به شمار می‌رود. از نشانه‌های داشتن توانایی صمیمیت تمایل برای شرکت در تعامل‌های نزدیک، گرم، ارتباطی و متعهد است که نقش اساسی در زندگی موفق و پربار فرد ایفا می‌کند (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۷).

در جهت کمک به دانش‌آموزان ناسازگار و هدایت آنها به سمت رفتارهای بهنجار، خودکنترلی و خویشتن‌داری، نظریه‌ها و راهبردهای متفاوت در حوزه مشاوره و روانشناسی وجود دارد یکی از این راهبردها نظریه تحلیل رفتار متقابل است. نظریه تحلیل رفتار متقابل نظریه‌ای در مورد شخصیت و روش منظمی برای روان‌درمانی به منظور رشد و تغییر شخصی است، که توسط اریک برن^۴ ارائه شده است. شیوه تحلیل ارتباط محاوره‌ای روشی عقلانی است که فرد را در تجزیه و تحلیل و درک رفتار خویش و هم‌منظور در کسب آگاهی و قبول مسئولیت با توجه به آنچه که در زمان حال اتفاق می‌افتد یاری می‌دهد. چنین تحلیلی در چهار زمینه اتفاق می‌افتد. تحلیل سازه‌ای یا تحلیل شخصیت فرد، تحلیل رفتار متقابل یا تحلیل رابطه فرد با دیگری و روابط بین افراد، تحلیل بازی‌ها یا تحلیل رفتار متقابل پنهانی که برای فرد دارای بازدهی و نتیجه است و تحلیل نمایشنامه و پیش‌نویس زندگی یا تحلیل داستان خاص زندگی فرد که او بازیگر اصلی آن است. در واقع وظیفه اصلی مشاور معتقد به تحلیل تعاملی آن است که مهارت‌هایی را برای علاقه‌مندان ایجاد کند که آنها را به سوی شرایطی هدایت نماید که در آن بتوانند روابط خود را تحلیل و نتایج آن را مشاهده نمایند (سلامت، زمانی و الهیاری، ۱۳۹۶).

نتایج پژوهش‌ها و تحقیقات قبلی نشان می‌دهد که این برنامه روان‌درمانی در بهبود رفتارهای مسئله‌دار در زندگی افراد و حل مشکلات زناشویی و مهارت‌های ارتباطی کارساز بوده است. نتایج پژوهش متولی (۱۳۹۷)، با عنوان اثربخشی روان‌درمانگری گروهی با رویکرد تحلیل رفتار متقابل بر راهبردهای مقابله با استرس و تاب‌آوری دانشجویان موسسه آموزش عالی کاوش محمودآباد نشان داد که روان‌درمانی گروهی با این رویکرد باعث افزایش سطح تاب‌آوری گردیده و بر راهبردهای مقابله با استرس اثر معنی‌داری داشته است. در پژوهش سردار پور و زرگر، بساک‌نژاد و مهرابی زاده هنرمند (۱۳۹۸)، بر روی دانش‌آموزان پسر دانشگاه شهید چمران اهواز نتایج تحقیق نشان داد که درمان تحلیل تبادلی باعث افزایش صمیمیت اجتماعی و افزایش راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار با فشار روانی در گروه آزمایش شده است. فرهنگی و آقا محمدیان شعرباف (۱۳۹۰)، به بررسی تأثیر روان‌درمانی گروهی با رویکرد تحلیل رفتار متقابل در شیوه‌های رویارویی با استرس نوجوانان پرداختند. در این مقاله که بر روی دانش‌آموزان دبیرستان‌های مشهد انجام شد نتایج نشان داد این روش با احتمال ۹۵ درصد بر شیوه‌های رویارویی نوجوانان موثر بوده و موجب کاهش هیجان‌مداری و

1- Intimacy

2- Ericsson

3- Burke

4- Eric Byrne

افزایش مسئله مداری هنگام مقابله با استرس نوجوانان شده است. نظام آموزش و پرورش با به کارگیری راهبرد های مداخله ای موثر می تواند زمینه رشد و توسعه فردی این دانش آموزان را فراهم نموده و ارتباط آن ها را با محیط اطراف مساعد و سازنده نماید. در این راستا به کارگیری مشاوران توانمند و استفاده از راهکارهای مشاوره ای در حوزه روان درمانی می تواند مفید و موثر باشد. یکی از این راهکارها توسل به نظریه های مشاوره و روان درمانی در حوزه تحلیل رفتار متقابل به صورت گروهی و انتقال جنبه های مثبت این رویکرد به دانش آموزان ناسازگار می باشد تا توانایی سازگاری آنها با موقعیت های مختلف محیطی و آموزشی افزایش یابد. رویکرد تحلیل تبادلی به عنوان روشی برای ارتقا و بهبود روابط بین فردی، درک تجزیه و تحلیل رفتار، افزایش آگاهی و قبول مسئولیت، با توجه به آنچه که در زمان حال اتفاق می افتد و کاهش میزان استرس و توانایی سازگاری با موقعیت های جدید، افزایش انعطاف پذیری و تاب آوری و توجه به مولفه صمیمیت و برقراری رابطه موثر در بین همسالان و اجتماع، روش مفید و ارزشمند بوده و در جهت توانمندسازی نوجوانان ضروری و با اهمیت به نظر می رسد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان درمانی مبتنی بر رویکرد تحلیل رفتار متقابل به شیوه گروهی بر استرس تحصیلی و صمیمیت اجتماعی دانش آموزان پسر ناسازگار دوره متوسطه اول شهرستان مبارکه می باشد. سوالی که ذهن محقق را به خود مشغول نموده این است که؛ آیا روش درمان مبتنی بر رویکرد تحلیل رفتار متقابل به شیوه گروهی بر استرس تحصیلی و صمیمیت اجتماعی دانش آموزان پسر ناسازگار متوسطه اول در شهرستان مبارکه تاثیر دارد؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، تحقیق کاربردی نتیجه گرا و از نظر نحوه گردآوری اطلاعات و داده ها، نیمه آزمایشی میدانی است. نوع طرح به صورت دو گروهی پیش تست-پس تست با گروه کنترل میباشد. گروه آزمایش در معرض کاربندی آزمایشی درمان تحلیل رفتار متقابل به شیوه گروهی قرار گرفته و گروه گواه بدون کاربندی مورد مشاهده و سنجش قرار می گیرد. جامعه این تحقیق عبارت است از کلیه دانش آموزان ناسازگار پسر در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در مقطع متوسطه اول که در مدارس دارای مشکلات تحصیلی و ارتباطی بوده و توسط معلمان، به مشاوران مدارس و از آنجا به مرکز خدمات روانشناختی اداره کل آموزش و پرورش شهرستان مبارکه ارجاع داده شدند. تعداد این دانش آموزان ۲۱ نفر بود. حجم نمونه شامل ۱۲ نفر از دانش آموزان ناسازگار ارجاع داده شده به مرکز خدمات روان شناختی که بر اساس پرسشنامه سنجش میزان سازگاری دانش آموزان دبیرستانی سینها و سینک^(۱۹۹۳)، نمره بالاتر از نقطه برش (۳۰) به دست آوردند. ملاک ورود اعضا به گروه نمونه عبارتند از؛ ۱- از طریق مشاور مدرسه به مرکز روانشناختی اداره کل آموزش و پرورش شهرستان مبارکه به عنوان دانش آموز ناسازگار ارجاع داده شده باشد. ۲- از آزمون سینها و سینک در زمینه میزان ناسازگاری نمره بالاتر از نقطه برش (۳۰) کسب کرده باشد. ۳- در مقطع متوسطه اول در حال تحصیل باشد. ۴- همزمان با اجرای برنامه آموزشی تحت تاثیر دارو یا نظارت روانپزشکی یا خدمات مشاوره ای موازی نباشد. ۵- دانش آموز پسر باشد. ملاک های خروج عبارتند از؛ ۱- شرکت در هرگونه مداخله درمانی همزمان. ۲- در جلسات آموزش گروهی حداقل دو جلسه غیبت داشته باشد. ۳- تمایل به ادامه روند اجرای برنامه آموزش نداشته باشد یا والدین وی در این خصوص تغییر عقیده دهند و مانع از حضور فرزند خود در جلسات آموزشی گردند...

ابزار

الف- پرسشنامه استرس تحصیلی گادزلا^۱(۱۹۹۱):

گادزلا (۱۹۹۱)، معتقد است که اصلی ترین و مهمترین نوع استرس در دانش آموزان، استرس تحصیلی است که توسط اولیا و مربیان به دانش آموزان وارد می‌شود. گادزلا ابزار سنجش استرس را با تأکید بر امور تحصیلی و واکنش به این موارد طراحی نمود. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی مداد و کاغذی است که از ۵۱ سوال و بر اساس مدل نظری موریس^۲ (۱۹۹۰)، طراحی شده است. پنج طبقه عامل استرس را شامل ناکامی‌ها، تعارضات، فشارها، تغییرات و فاکتورهای خود تحمیلی و چهار بخش واکنش نسبت به عوامل استرس را شامل جسمانی، هیجانی، رفتاری و ارزیابی شناختی را می‌سنجد. این پرسشنامه به صورت یک نمره کل گزارش می‌شود. نمرات در یک مقیاس پنج درجه ای لیکرت از هرگز تا همیشه درجه بندی شده است. کمترین نمره در این مقیاس ۵۱ و بیشترین نمره ۲۵۵ است. نمره بیشتر از ۱۵۴ به عنوان استرس شدید و نمرات بین ۱۰۳ تا ۱۵۳ به عنوان استرس متوسط تعیین می‌گردد. روایی محتوای این پرسشنامه بر اساس فن پانل افراد متخصص در اختیار ده نفر از اساتید صاحب نظر قرار گرفته و مورد تایید واقع شد. پایایی این ابزار در پژوهش شکری و همکاران (۱۳۹۰)، ۰.۸۰ گزارش شده است. سیرا و کاستلو^۳ (۲۰۰۸)، اعتبار آن را از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها به ترتیب ۰.۶۵، ۰.۶۳، ۰.۷۱، ۰.۷۵ و ۰.۶۳ و پایایی کل را ۰.۷۶ گزارش نموده اند (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۰).

ب- پرسشنامه صمیمیت اجتماعی میلر و لفکورت^۴(MSI):

این مقیاس را میلر و لفکورت (۱۹۸۲)، برای ارزیابی صمیمیت دریافتی از روابط مختلف طراحی نمودند. پرسشهای مقیاس یاد شده به وسیله مصاحبه های سازمان یافته که در آن شرکت کنندگان به بحث درباره نقش صمیمیت در تمام روابط خود که شامل ارتباط با دوستان، آشنایان و اعضای خانواده می‌باشد، تدوین شد. این مقیاس در بر دارنده دو گروه پرسش می باشد که شش پرسش برای توصیف روانی صمیمیت و یازده پرسش دیگر به شدت صمیمیت تجربه شده در زمان کنونی اختصاص داده شده است. تمام سوالات مورد نظر بر روی یک مقیاس ۱۰ درجه ای لیکرت پاسخ داده می‌شوند. سوالات ۲ و ۱۴ به طور معکوس نمره گذاری می‌شوند. میلر و لفکورت (۱۹۸۲)، ضریب آلفای کرونباخ را در اجرا های گوناگون ۰.۸۶ تا ۰.۹۱ گزارش کرده اند. ضریب آلفای کرونباخ در یک بررسی مقدماتی که بر روی یک نمونه ۳۳۰ نفری شامل ۱۶۶ پسر و ۱۶۴ دختر انجام شد، ۰.۷۶ به دست آمد. علاوه بر پایایی چندین نوع روایی نیز مورد بررسی قرار گرفت. در بررسیها روایی افتراقی برای حجم نمونه ۴۵ نفر ۰.۴۸، روایی سازه ۰.۷۱ و روایی همگرا برای حجم نمونه ۲۵ نفر، مقدار آماره χ^2 برابر ۱۸.۹ را گزارش نموده است (دانشور پور و همکاران، ۱۳۹۰).

ج- مقیاس سازگاری دانش آموزان دبیرستانی سینه و سینگ^۵ (۱۹۹۳):

این مقیاس توسط سینه و سینگ برای سنجش میزان سازگاری دانش آموزان ۱۳ تا ۱۸ ساله تهیه شده است. این پرسشنامه میزان سازگاری دانش آموزان را در سه حیطه عاطفی، اجتماعی و آموزشی می‌سنجد. فرم نهایی آزمون شامل ۶۰ سوال و برای هر حوزه ۲۰ سوال در نظر گرفته شده است. پاسخ ها به صورت بلی و خیر بوده و برای پاسخ خیر

1 - Godzilla Academic Stress Questionnaire

2 - Muris

3 - Sisera And Costello

4 - Miller and Lefcourt Social Intimacy Questionnaire

5 - Sinha and Singh High School Student Adaptability Scale

نمره صفر و به پاسخ بلی نمره یک تعلق می گیرد. این پرسشنامه برای جداسازی دانش آموزان سازگار از ناسازگار طراحی گردیده و نمره بالا دلیل بر ناسازگاری دانش آموزان است. در این پژوهش پرسشنامه مذکور بر روی دانش آموزان ارجاع داده شده به مرکز خدمات روانشناختی اداره کل آموزش و پرورش شهرستان مبارکه اجرا شد تا ناسازگاری دانش آموزان محرز و مشخص گردد. ضریب پایایی این آزمون به روش دو نیمه کردن ۰.۹۵ و آزمون مجدد ۰.۹۳ و کودر و ریچاردسون ۰.۹۴ گزارش شده است. این آزمون در مجموع از روایی و اعتبار بالایی برخوردار است (حاتمی فرد، کافی و خوش روش، ۱۳۹۵). پس از انتخاب تصادفی گروه آزمایش برنامه آموزشی تحلیل رفتار متقابل به شیوه گروهی بر اساس مطالعات عطادخت، جعفریان، بشر پور و نریمانی (۱۳۹۵)، در ۱۰ جلسه طراحی و اجرا گردید. محتوای جلسات آموزشی برگزار شده برای دانش آموزان ناسازگار در گروه آزمایش به شرح زیر است؛

۱- معرفی مشاور، معرفی مراجعان، هدف از تشکیل جلسه، بیان خلاصه از مفاهیم استرس و صمیمیت به روش بارش مغزی و سوال از مراجعان.

۲- بیان دستورالعمل استاندارد تحلیل رفتار متقابل و کار کردن روی قراردادهای درمانگری به زبان ساده، بیان جملات ناتمام و درخواست از اعضا برای کامل کردن آن به منظور بررسی نگرش و افکار منفی.

۳- تحلیل کنشی حالات کودک، والد و بالغ، تکلیف به آزمودنی ها در مورد ترسیم حالات آنی خود، بیان ویژگی های کودک مطیع، کودک طبیعی، والد گواه کننده، والد حمایت کننده، تقویت من بالغ، بازی کردن نقش والد سرزنشگر یا کودک کج خلق.

۴- تعریف رابطه متقابل، رابطه متقابل موازی، رابطه متقابل متقاطع، قوانین ایجاد رابطه، تکلیف به آزمودنی ها، بازی نقش و بیان فعالیت های واضح و آشکار در مدرسه.

۵- تعریف نوازش، نوازش کلامی، غیر کلامی، مثبت، منفی، شرطی، غیر شرطی، بحث در مورد روش های به دست آوردن نوازش و ارائه تکالیف و مثال به آزمودنی ها.

۶- چگونگی فعال بودن من بالغ، سازماندهی زمان، انزوا، مراسم و مناسک، وقت گذرانی ها، فعالیت ها، بازی های روانی، صمیمیت. تکلیف به آزمودنی ها، برنامه ریزی برای فعالیت منجر به صمیمیت.

۷- تشخیص تبادل های پنهانی، روابط مماسی، روابط مسدود کننده، بحث پیرامون تشخیص تبادل های پنهانی با ذکر مثال و بازی کردن نقش.

۸- توزیع مجدد بازی های روانی و رفع اشکالات، بیان وضعیت های زندگی (من خوب نیستم)، خنثی کنندگان والد، تکلیف به آزمودنی ها، خنثی کردن والد طرف مقابل، مثل حاشیه رفتن و سکوت در زندگی واقعی خود. صحبت کردن در مورد نقش خود در زندگی.

۹- به کارگیری مفهوم خود بالغ، برای بهبود روابط و وضعیت زندگی، بازی نقش برای من بالغ در هنگام استرس و صمیمیت اجتماعی. دادن تکلیف به دانش آموزان برای بازی در مدرسه با همسالان.

۱۰- آمادگی برای وداع با گروه، قراردادهای رفتاری، توجه به وضعیت زندگی و تحصیل، توجه به روابط با مسئولین مدرسه و همکلاسی ها، جمع بندی از مطالب و موضوعات ارائه شده.

با توجه به اینکه محقق قصد دارد تا تأثیر رویکرد درمانی تحلیل رفتار متقابل به شیوه گروهی را بر متغیرهای استرس تحصیلی و صمیمیت اجتماعی دانش آموزان پسر ناسازگار مقطع متوسطه اول مورد بررسی قرار دهد و در این بین اثر

متغیر تصادفی کمکی پیش تست را محدود نموده یا خنثی نماید، تا روایی بیرونی پژوهش به خطر نیفتد و اثر آمیخته پیش تست و کاربندی کنترل گردد، لذا به منظور کنترل اثر اندازه‌های پیش تست در طرح‌های پیش تست-پس تست از آزمون آماری تحلیل کوواریانس^۱ چند متغیری به کمک نرم‌افزار آماری spss ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها

جدول شماره ۱: آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در موقعیتهای متفاوت اندازه‌گیری.

گروه	موقعیت اندازه‌گیری	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	پیشینه	حجم نمونه
آزمایش	پیش‌آزمون	استرس تحصیلی	۱۳۷/۳۳	۲۳/۷۲۹	۱۱۵	۱۷۲	۶
		صمیمیت اجتماعی	۱۴۶/۶۷	۳/۸۳	۱۴۲	۱۵۱	
	پس‌آزمون	استرس تحصیلی	۱۲۶/۵	۲۳/۳۵۶	۱۰۴	۱۶۰	
		صمیمیت اجتماعی	۱۴۷/۸۳	۳/۹۲	۱۴۵	۱۵۵	
گواه	پیش‌آزمون	استرس تحصیلی	۱۵۱/۵	۱۸/۴۸	۱۲۰	۱۷۰	۶
		صمیمیت اجتماعی	۱۵۰/۵	۷/۶۸۸	۱۴۰	۱۶۰	
	پس‌آزمون	استرس تحصیلی	۱۴۷	۱۹/۰۰۵	۱۱۵	۱۶۵	
		صمیمیت اجتماعی	۱۴۹/۶۷	۵/۷۵	۱۴۴	۱۵۸	

با مشاهده جدول بالا می‌توان دریافت که؛

۱- حجم گروه‌های آزمایش و گواه با یکدیگر مساوی و ۶ نفر می‌باشد، که جمعا ۱۲ نفر در پژوهش شرکت کرده و در دو گروه آزمایش و گواه جای گرفته‌اند.

۲- در گروه آزمایش میانگین نمرات استرس تحصیلی در مرحله پیش‌آزمون ۱۳۷/۳۳ و در مرحله پس‌آزمون ۱۲۶/۵ بوده است که نشان می‌دهد، سطح توزیع نمرات این متغیر در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است. مشاهده مقادیر انحراف استاندارد در این دو مرحله اندازه‌گیری برای متغیر استرس تحصیلی تفاوت محسوسی را نشان نمی‌دهد.

۳- در گروه گواه میانگین نمرات استرس تحصیلی در مرحله پیش‌آزمون ۱۵۱/۵ و در مرحله پس‌آزمون ۱۴۷ بوده است. مشاهده مقادیر انحراف استاندارد در این دو مرحله در گروه گواه نیز برای متغیر استرس تحصیلی، از پراکندگی تقریبا یکسان توزیع نمرات این متغیر در گروه گواه حکایت دارد.

۴- از نظر متغیر صمیمیت اجتماعی در گروه آزمایش میانگین نمرات در مرحله پیش‌تست ۱۴۶/۶۷ و در پس‌آزمون ۱۴۷/۸۳ بوده است. این صفت در گروه گواه با میانگین ۱۵۰/۵ در مرحله پیش‌تست و میانگین ۱۴۹/۶۷ در مرحله پس‌آزمون قابل رؤیت می‌باشد.

۵- از نظر متغیر صمیمیت اجتماعی اندازه‌های کمینه و بیشینه در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون برابر ۱۴۲ و ۱۵۱ و در مرحله پس‌آزمون ۱۴۵ و ۱۵۵ می‌باشد. در گروه گواه مقادیر کمینه و بیشینه برای صفت در مرحله پیش‌آزمون ۱۴۰ و ۱۶۰ و در مرحله پس‌آزمون ۱۴۴ و ۱۵۸ می‌باشد.

به منظور بررسی فرضیه‌های مطرح شده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده است. جهت اجرای این آزمون آماری رعایت مفروضه‌های زیربنایی ضروری است، لذا قبل از تحلیل داده‌ها، محقق موظف است تا

به بررسی مفروضه‌های زیربنایی این تحلیل پرداخته و در صورت تایید، فرآیند آزمون موردنظر را انجام دهد. بررسی مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس شامل آزمون نرمال بودن توزیع نمرات مشاهده شده، آزمون برابری واریانس خطای لون، بررسی میزان همبستگی بین متغیرهای کمکی یا همگام، مفروضه رابطه خطی بین متغیرهای وابسته و کمکی و مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نشان داد که استفاده از تحلیل کوواریانس در این پژوهش مجاز بوده و هیچگونه مانع و محدودیتی مشاهده نشد. به منظور بررسی فرضیه‌های مطرح شده شامل ۱- رویکرد درمانی تحلیل رفتار متقابل به شیوه گروهی بر استرس تحصیلی دانش‌آموزان پسر ناسازگار مقطع متوسطه اول تاثیر دارد. ۲- رویکرد درمانی تحلیل رفتار متقابل به شیوه گروهی بر صمیمیت اجتماعی دانش‌آموزان پسر ناسازگار مقطع متوسطه اول تاثیر دارد. از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول شماره ۲: آزمون اثرات بین‌موردی و نتایج تحلیل کوواریانس برای فرضیه اول.

منابع تغییرات	میانگین مجذورات	آماره F	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	مجذور ایتای تفکیکی
پیش‌آزمون استرس تحصیلی	۴۴۵۱/۴۵	۴۸۸/۲۷	۱	۰/۰۰۰۵	-
گروه- پس‌آزمون استرس تحصیلی	۱۰۹/۹۹۴	۱۲/۰۶۵	۱ و ۹	۰/۰۰۷	۰/۵۷۳
خطا	۹/۱۱۷	-	۹	-	-

از مشاهده جدول بالا می‌توان دریافت که؛

با توجه به مقادیر F محاسبه شده برابر ۱۲/۰۶۵ و ۱ و ۹ درجه آزادی و سطح معنی‌داری کوچکتر از ۰/۰۵ (۰/۰۰۷)، اثر متغیر گروه پس از حذف اثر اندازه‌های پیش‌آزمون استرس تحصیلی برای متغیر استرس تحصیلی دانش‌آموزان ناسازگار مقطع متوسطه اول معنی‌دار است. بنابراین فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه رویکرد درمانی تحلیل رفتار متقابل به شیوه گروهی بر میانگین نمرات استرس تحصیلی دانش‌آموزان پسر ناسازگار مقطع متوسطه اول در شهرستان مبارکه تاثیر معنی‌داری دارد، تایید می‌گردد. مجذور ایتای تفکیکی نشان می‌دهد که ۵۷/۳ درصد واریانس متغیر استرس تحصیلی در مرحله پس‌آزمون از روی برنامه روان درمانی تحلیل رفتار متقابل قابل تبیین است.

جدول شماره ۳: آزمون اثرات بین‌موردی و نتایج تحلیل کوواریانس برای فرضیه دوم.

منابع تغییرات	میانگین مجذورات	آماره F	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	مجذور ایتای تفکیکی
پیش‌آزمون صمیمیت اجتماعی	۱۸۴/۲۲۲	۲۸/۶۱۳	۱	۰/۰۰۰۵	-
گروه- پس‌آزمون صمیمیت اجتماعی	۲/۰۵۵	۰/۳۱۹	۱ و ۹	۰/۵۸۶	۰/۰۳۴
خطا	۶/۴۳۸	-	۹	-	-

از مشاهده جدول بالا می‌توان دریافت که؛

با توجه به مقادیر f محاسبه شده برابر ۰/۳۱۹ و ۱ و ۹ درجه آزادی و سطح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ (۰/۵۸۶)، اثر متغیر گروه بر صمیمیت اجتماعی دانش‌آموزان پسر ناسازگار معنی‌دار نیست و فرضیه دوم پژوهش رد و فرض صفر تایید می‌گردد. مجذور ایتای تفکیکی برای متغیر صمیمیت اجتماعی در مرحله پس‌آزمون کمتر از ۰/۱۴ بوده و به صفر نزدیک است، بنابراین برنامه روان درمانی تحلیل رفتار متقابل بر واریانس متغیر صمیمیت اجتماعی سهم بسیار ناچیزی

داشته و نمی‌تواند تغییرات متغیر صمیمیت اجتماعی در گروه دانش‌آموزان ناسازگار مقطع متوسطه اول را تبیین نماید. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که برنامه روان‌درمانی تحلیل رفتار متقابل بر متغیر استرس تحصیلی دانش‌آموزان پسر ناسازگار مقطع متوسطه اول در شهرستان مبارکه تاثیر معنی‌داری داشته ولی بر متغیر صمیمیت اجتماعی آنها تاثیرگذار نیست. لذا فرضیه اول پژوهش تایید و فرضیه دوم رد شد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار آماری نشان داد که؛ برنامه روان‌درمانی تحلیل رفتار متقابل بر متغیر استرس تحصیلی تاثیر معنی دار داشته ولی بر متغیر صمیمیت اجتماعی فاقد اثر معنی دار است. نتایج پژوهش حاضر با تحقیقات متولی (۱۳۹۷)، در زمینه کاربرد راهبردهای مقابله موثر با استرس و در نتیجه کاهش استرس، سوندا (۲۰۲۰)، کوکلیسا (۲۰۱۷)، فلوری و همکاران (۲۰۱۲)، کنگ (۲۰۱۰) و آماندسن (۲۰۱۰)، در زمینه کاهش میزان استرس اعضای گروه نمونه پس از استفاده از این رویکرد درمانی دارای همخوانی بوده و نتایج تحقیقات قبلی را تایید می‌کند. در این رابطه تحقیقی که عدم همخوانی را نشان دهد، یافت نشد. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت که؛ برنامه آموزشی تحلیل رفتار متقابل باعث رشد و تقویت من بالغ در نوجوانان ناسازگار گردیده و منجر به بهبود ارزیابی موقعیت‌ها تحت تاثیر این آموزش می‌گردد. بر اساس نظریه حالات من در رویکرد تحلیل رفتار متقابل می‌توان گفت که تا قبل از اجرای این برنامه آموزشی رفتار دانش‌آموزان ناسازگار در برخورد با مسائل پیرامون و ارتباط با اولیای مدرسه بر اساس حالت من کودک و به صورت هیجان‌مداری شکل گرفته است. در رویکرد تحلیل رفتار متقابل من بالغ همچون دانشمندی است که اطلاعات گذشته من والد را به روز رسانی کرده و از خلاقیت‌های دانش آموز بهره می‌گیرد. بنابراین رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زا به خصوص استرس تحصیلی به من بالغ شخصیت سپرده می‌شود تا با قدرت تجزیه و تحلیل امور، پاسخ مناسب به محرک‌های اطراف بدهد. از آنجا که بر اساس این رویکرد بیشتر احساسات ناخوشایند مانند استرس مربوط به حالت من کودک می‌باشد، چرا که خود را در برخورد با حوادث پیرامون بازنده فرض می‌کند، بعد از آموزش و تغییر در کارکرد حالت‌های من و استفاده بهینه از بعد من بالغ استرس کاهش خواهد یافت. نتایج این پژوهش نیز نشان داد که رویکرد درمانی تحلیل رفتار متقابل توانسته است استرس تحصیلی را در پس‌تست کاهش دهد، بنابراین فرضیه اول پژوهش مورد تایید قرار گرفت.

در رابطه با متغیر صمیمیت اجتماعی مرور مطالعات قبلی و پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که تحقیق حاضر با پژوهش‌های قبلی فاقد همخوانی بوده و نتایج تحقیقات قبلی را تایید نمی‌کند. در این زمینه توجه به نمونه‌های انتخاب شده و نحوه مشارکت افراد در برنامه آموزشی حائز اهمیت است. تحقیقات قبلی عمدتاً زوج‌های ناسازگار را دربرگرفته که هر دو طرف تبادل در پژوهش حضور داشته‌اند. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت هر چند که آموزه‌های تحلیل رفتار متقابل با تقویت من بالغ، آموزش شیوه حل مسئله و تدوین قرارداد، موجب تفاهم بیشتر و کوشش بارزتر برای حل مسائل میان فردی می‌شود و با مجموعه قابلیت‌های عاطفی همچون توانایی آرام شدن و آرام کردن طرف مقابل، همدلی و همدردی و خوب گوش دادن را تقویت می‌کند و می‌تواند موجب افزایش مهارت صمیمیت اجتماعی گردد، اما ذکر این نکته ضروری است که صمیمیت اجتماعی یک مفهوم دو طرفه تبادلی و تعاملی است. در تحقیقات

قبل از اکثر پژوهش‌های انجام شده در مقوله صمیمیت بر اساس کاربردی تحلیل رفتار متقابل بر روی زوجهای ناسازگار انجام شده است، یعنی دو طرف تبادل در معرض آموزش روان درمانی تحلیل رفتار متقابل قرار گرفته‌اند. در این پژوهش دانش آموز ناسازگار که با معلم، مربی، اولیای مدرسه و همکلاسی‌ها دچار مشکل شده است، به تنهایی در معرض آموزش قرار گرفته و طرف مقابل وی از این آموزش‌ها محروم بوده است. دانش آموز ناسازگار علیرغم طی نمودن این دوره و موفقیت در آن ولی کماکان با همکلاسی‌ها و اولیای مدرسه دچار مشکل است، زیرا آنها به رفتارهای قبلی و تجارب قبلی خود با دانش آموز ناسازگار می‌نگرند و می‌اندیشند. این امر باعث می‌شود تا نوجوان ناسازگار علیرغم تلاش برای ایجاد و بهبود صمیمیت به دلیل تلاش و کوشش یک طرفه در این فرآیند شکست بخورد.

با توجه به اقدامات انجام شده در این پژوهش محدودیتهای این تحقیق عبارتند از؛

این پژوهش در بین دانش آموزان ناسازگار پسر مقطع متوسطه اول در شهرستان مبارکه انجام شده است، لذا باید از تعمیم نتایج حاضر به دانش آموزان دختر در پایه‌های مختلف تحصیلی، سایر اختلالات جسمی و روانی و سایر شهرها و استانهای کشور خودداری گردد. در این روش از رویکرد روان درمانی تحلیل رفتار متقابل جهت کاهش آسیب و افزایش توانمندی استفاده شده است و سایر روش‌های آموزشی و روان درمانی را شامل نمی‌گردد. در این پژوهش صرفاً دانش آموزان ناسازگار تحت مطالعه و بررسی قرار گرفته و افراد مقابل آنها یعنی معلم، اولیا مدرسه، همکلاسی‌ها و والدین که ارتباط مکرر و پیوسته با دانش آموز داشته‌اند، در مطالعه وارد نشده‌اند. پیشنهاد می‌گردد؛ این پژوهش بر روی دانش آموزان ناسازگار دختر و سایر مقاطع تحصیلی نیز اجرا و نتایج آن با یکدیگر مقایسه شود. این پژوهش در سایر شهرها و استانهای کشور اجرا و نتایج آن با یکدیگر مقایسه گردد. در برنامه پژوهشی آتی چنانچه بر روی کودکان و نوجوانان ناسازگار کار می‌شود، افراد مقابل آنها در تحلیل تبادل و ارتباط متقابل مدنظر قرار گرفته و در پژوهش وارد شوند. نتایج تحقیق نشان داد که برنامه روان درمانی تحلیل رفتار متقابل بر استرس تحصیلی دانش آموزان پسر ناسازگار اثر معنی‌داری داشته است، لذا پیشنهاد می‌گردد در طول سال تحصیلی جهت کاهش استرس تحصیلی دانش آموزان دارای مشکل تحصیلی و استرس این برنامه روان درمانی اجرا و مورد بهره‌برداری قرار گیرد. این برنامه روان درمانی در برنامه درسی دوره تربیت معلم دانشگاه فرهنگیان ویژه مشاوران تحصیلی جهت آشنایی و توانایی آنها برای برخورد با دانش آموزان ناسازگار گنجانده شود.

منابع

برن، اریک. (۱۹۷۰). بازی‌ها، روانشناسی روابط انسانی. ترجمه اسماعیل فصیح (۱۳۹۵). تهران: نشر ذهن‌آویز.
حاتمی فرد، سیروس؛ کافی، سید موسی و خوش‌روش، وحید. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت حل مساله بر سازگاری و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان شهر سومعه سرا. مجموعه مقالات علوم انسانی. سال ۵، شماره ۴، ص ۸۳-۶۷.

دانشورپور، زهره؛ اسماعیلی، تاجیک. شهرآرای، عزیزاله و دیگران. (۱۳۹۰). تفاوت‌های جنسیتی و سبک‌های هویت. مجله روانپزشکی ایران. دوره ۴، شماره ۱۳. ص ۳۹۳-۴۰۴.

- سردارپور، مسلم؛ زرگر، یدا..؛ بساک‌نژاد، سودابه و مهرابی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان تحلیلی تبدیلی بر صمیمیت اجتماعی و راهبردهای مقابله با فشار روانی در دانشجویان. مجله دستاوردهای روانشناسی بالینی دوره سوم، سال ۲، شماره ۱، ص ۸۵-۱۰۲.
- سلامت، مائده؛ زمانی، احمدرضا و الهیاری، طلعت (۱۳۹۶). تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی با استفاده از روش تحلیل رفتار متقابل بر کاهش تعارض زناشویی. روانشناسی کاربردی، دوره سوم، شماره ۳، ص ۲۹-۴۲.
- عطادخت، اکبر؛ جعفریان دهکردی، فاطمه؛ بشرپور، سجاد و نریمانی، محمد. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تحلیل رفتار متقابل بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و عملکرد خانواده، مجله شخصیت و تفاوت‌های فردی، ۸، ص ۲۵-۴۴.
- فراهانی، محمدتقی؛ شکوری، امیر؛ گراوند، فریبرز و دانش‌پور، زهره. (۱۳۹۰). تفاوت‌های فردی در استرس تحصیلی و بهزیستی ذهنی. مجله علوم رفتاری، دوره ۲، شماره ۴، ص ۲۹۷-۳۰۴.
- فرهنگی، فرهنگ و آقامحمدیان شهرباف، حمید رضا (۱۳۹۰). تاثیر روان درمانی گروهی با رویکرد تحلیل رفتار متقابل بر شیوه‌های رویارویی با استرس نوجوان. مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی. دانشگاه فردوسی مشهد. دوره ۲، شماره ۷. ص ۶۲-۴۲.
- کاظمی، زینب؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ کجباف، محمدباقر؛ عابدی، احمد؛ آقامحمدی، سمیه و صادقی، سعید. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تحلیل رفتار متقابل بر صمیمیت اجتماعی دختران فراری. فصلنامه مطالعات اجتماعی و روانشناسی زنان، سال ۱۰، شماره ۳، ص ۱۶۲-۱۳۹.
- متولی، عاطفه. (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانگری گروهی با رویکرد تحلیل رفتار متقابل بر راهبردهای مقابله با استرس و تاب‌آوری دانشجویان. کنگره بین المللی علوم اسلامی، تهران، آذرماه ۹۷. ص ۹-۱.
- الوین، ام فرید. (۱۳۹۵). تحلیل رفتار متقابل برای نوجوانان و جوانان. ترجمه منصوره شریفی و حمید نمازیها. تهران: انتشارات فرا روان (تاریخ نشر به زبان اصلی، ۲۰۱۰).
- هويزایی، زهره و عنایتی، میرصلاح الدین. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر استفاده از روشهای رویارویی با استرس. یافته‌های نو در روان‌شناسی. دوره پنجم، شماره ۳، ص ۹۳-۱۰۷.
- Amundson NE. (2010). TA with elementary school children: A pilot study. *Transactional Analysis Journal*, 2003; 5(3): 250-252.
- Sundah, J.A. (2020) The Effectiveness of Transactional Analysis Counseling to Increase Self Esteem. *International Journal of Scientific Research and Management*, 6(4), 266-273.
- CookLisa, Caitlin.(2017). "The Influence of Parent Factors on Child Perfectionism: A CrossSectional Study". *UNLV Theses, Dissertations, Professional Papers, and Capstones*. 1551.
- Florio GA., Donnelly jp., zovon MA.(2012).the structure of psychological abuse reported by court-involved battered women, *journal of interpersonal violence*, 18(2), 857-871.
- Kong s. s. (2010). Amarital-relationship enhancement programfor couples: randomized cotrolled trail usa. Department of nursing. Soonchunhyang universify, chonan city. Konea. kongsun@ sch.ac.kn.35,991-995.
- Gadzella, BM .Baloglu, M.(۲۰۰۱). confirmatory factor analysis and internal consistaency of student-life stress inventory. *J. instrucpsychol*. (28): 84-94.

بررسی اثربخشی آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی و باورهای فراشناخت بر باورهای ارتباطی زنان متأهل *Investigating the Effectiveness of Psychological Capital and Meta-Cognitive Beliefs Training on Communication Beliefs the Married Women*

Farhad khormaei,
Educational Psychology Department, Educational
Sciences & Psychology Faculty, Shiraz University,
Shiraz. Iran. khormaei@shirazu.ac.ir
Nayereh Zolfaghari,
Educational Psychology Department, Educational
Sciences & Psychology Faculty, Shiraz University,
Shiraz. Iran. nayere.zolfaghari2022@gmail.com
Seyed Mehdi Poorseyed,
Department of Psychology and Counselling,
Farhangian University, Tehran,
Iranpourseyed@cfu.ac.ir

Abstract

Aim: The purpose of the present study was to investigating the effectiveness of psychological capital training and metacognitive beliefs on communication beliefs. **Method:** The research method was quasi-experimental with post-test design with two experimental groups and one control group. Participants in the study were 60 married rural women in Dehaghan who were randomly assigned to the psychological capital training group and 20 to the metacognitive beliefs training group. At the end, all three groups completed the questionnaire communication beliefs Edelson & Epstein (1982). The validity and reliability of research tool for use in Iranian culture have been satisfactory. Data were analyzed by SPSS-23 software. **Results:** The results of one-variable analysis of variance (ANOVA) showed that both psychological capital training and metacognitive training had a significant effect on the communication beliefs. The results also showed that there was no significant difference between psychological capital training and metacognitive training in terms of psychological well-being. **Conclusion:** Thus, according to the research findings, it can be concluded that the training of psychological capital and the metacognitive beliefs have had an effect on the communication beliefs.

Keywords: Communication Beliefs, Psychological Capital, Metacognition, women married

فرهاد خرمائی،
دانشیار، بخش روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی،
دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)
نیره ذوالفقاری،
کارشناسی ارشد، بخش روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و
روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
سید مهدی پورسید،
استادیار، گروه آموزش روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران،
ایران.

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی و باورهای فراشناخت بر باورهای ارتباطی زنان متأهل بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی بود که از طرح پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل استفاده گردید. مشارکت کنندگان در پژوهش ۶۰ نفر از زنان روستایی متأهل شهرستان دهقان بودند که با روش همتاسازی، ۲۰ نفر در گروه آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی، ۲۰ نفر در گروه آموزش باورهای فراشناخت و ۲۰ نفر نیز در گروه کنترل قرار گرفتند. این گروه‌ها به تصادف در گروه‌های آزمایشی و کنترل گمارش شدند. گروه‌های آزمایشی به مدت ۸ جلسه‌ی ۱ ساعته، یک گروه تحت آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی و یک گروه هم تحت آموزش باورهای فراشناخت قرار گرفتند. در پایان هر سه گروه به پرسشنامه‌ی باورهای ارتباطی ادیلسون و اپشتاین (۱۹۸۲) پاسخ دادند. روایی و پایایی ابزار پژوهش برای استفاده در فرهنگ ایرانی رضایت‌بخش بوده است. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار spss-23 استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس یک متغیره (ANOVA) نشان داد که آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی و فراشناخت بر باورهای ارتباطی تأثیر معنی‌داری داشته است. همچنین نتایج نشان داد که بین آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی و آموزش فراشناخت، از نظر تأثیر بر سطح بهزیستی روان‌شناختی و سطح باورهای ارتباطی زنان تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی و آموزش باورهای فراشناخت بر باورهای ارتباطی زنان متأهل روستایی اثرگذار بوده است.

کلمات کلیدی: باورهای ارتباطی، سرمایه‌ی روان‌شناختی، فراشناخت، زنان متأهل

مقدمه

از زمانی که تعریف سلامت علاوه بر نبود بیماری، بهزیستی^۱ جسمانی، روانی، معنوی و اجتماعی را نیز دربرگرفت، دیدگاه روان‌شناسی مبتنی بر درمان بیماری‌ها، جای خود را به دیدگاهی داد که بر ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها تأکید می‌کرد. بدین ترتیب روان‌شناسی مثبت‌گرا که علم مطالعه‌ی توانمندی‌های انسان‌ها است، متولد شد. هدف روان‌شناسی مثبت حل مشکلات نیست، بلکه بر عواملی تأکید دارد که زندگی کردن را ارزشمند می‌سازند (هفرون و بونیول^۲، ۲۰۱۱). روان‌شناسی مثبت‌نگر با نگاهی خوش‌بینانه به طبیعت انسان در صدد رشد فضائل و توانمندی‌های او است و می‌کوشد با مطالعه‌ی رفتار انسان، پیچیدگی‌های آن را با روش علمی سازگار کند. جنبش روان‌شناسی مثبت‌نگر برای کمک به مردم جهت بهینه‌سازی کیفیت زندگی از طریق ارتقای شادمانی ذهنی تبلور یافته است. در روان‌شناسی مثبت‌نگر عوامل مختلفی که با شادکامی انسان مرتبط است، مورد بحث قرار می‌گیرد. یکی از این عوامل بهزیستی روان‌شناختی^۳ است. روان‌شناسی مثبت‌نگر سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی می‌داند و آن را در قالب بهزیستی روان‌شناختی مطرح می‌کند، بنابراین بهزیستی روان‌شناختی به معنی بهترین کارکرد و عملکرد روان‌شناختی است (ریان و دسی^۴، ۲۰۰۱). افرادی که احساس بهزیستی بالایی دارند به طور عمده و چشمگیر هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایعی که پیرامون خود رخ می‌دهد ارزیابی مثبت دارند، در مقابل افرادی که احساس بهزیستی پایینی دارند، حوادث و موقعیت زندگی خود را نامطلوب و به صورت منفی ارزیابی می‌کنند و هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی، خشم و ترس را بیشتر تجربه می‌کنند (مایرز و داینر^۵، ۱۹۹۵).

مدل بهزیستی ریف^۶ (۱۹۹۵) از مهم‌ترین و اساسی‌ترین مدل‌های بهزیستی روان‌شناختی به حساب می‌آید. ریف (۱۹۹۵) بهزیستی روان‌شناختی را تلاش برای کمال در راستای تحقق توانایی‌های بالقوه‌ی واقعی افراد می‌داند و شامل ابعادی چون پذیرش خود^۷ (توانایی دیدن و قبول کردن قوت‌ها و ضعف‌های خود)، روابط مثبت با دیگران^۸ (به معنای داشتن رابطه‌ی نزدیک و ارزشمند با افراد مهم در زندگی)، خودتعیین‌گری^۹ (توانایی و قدرت پیگیری خواسته‌ها و عمل بر اساس اصول و اعتقاد شخصی حتی اگر مخالف آداب و رسوم و تقاضاهای اجتماعی است)، تسلط بر محیط^{۱۰} (توانایی

-
1. well-being
 2. Hefferon & Boniwell
 3. Psychological well-being
 4. Diener & Ryan
 5. Myers & Diner
 6. Ryff
 7. self-acceptance
 8. positive relations with others
 9. self-determination
 10. environmental mastery

تنظیم و مدیریت امور زندگی به خصوص مسائل زندگی روزمره، زندگی هدفمند^۱ (به مفهوم داشتن غایات و اهدافی که به زندگی فرد جهت و معنی می‌بخشد)، رشد شخصی^۲ (احساس این که استعدادها و توانایی‌های بالقوه‌ی فرد در طول زمان و در زندگی بالفعل می‌شود) می‌داند (ریف و کیز^۳، ۱۹۹۵؛ ریف و سینگر^۴، ۲۰۰۸). پس بهزیستی روان‌شناختی به مفهوم قابلیت پیدا کردن تمام استعدادهای فرد است و در این نظریه بیشترین تمرکز بر روی سلامتی و بهزیستی از جنبه‌ی مثبت و توضیح و تبیین ماهیت روان‌شناختی بهزیستی است (ریف و سینگر، ۲۰۰۸).

باورهای ارتباطی^۵ باعث افزایش سلامت روان افراد می‌شود، چنان‌چه بتوان باور افراد را در ارتباطاتشان تسهیل کرد باعث رشد شخصی می‌شود (هامامسی و کوبان^۶، ۲۰۱۰). باورهای ارتباطی به هر نوع فکر، هیجان یا رفتاری که موجب خراب شدن نفس و از بین رفتن خود می‌شود اطلاق می‌شود و نتایج مهم آن مشکل در خوشحال بودن، شادمانی و سلامتی است و بالعکس باورهای ارتباطی ناکارآمد، باورهای بسیار اغراق‌آمیز، خشک، غیرمنطقی و مطلق در رابطه با خودمان و ارتباط با دیگران است (الیس^۷، ۲۰۰۳). ارتباطات میان فردی اساس و شالوده‌ی هویت و کمال انسان و مبنای اولیه‌ی پیوند فرد با افراد دیگر است. ارتباطات مؤثر باعث شکوفایی و بهتر شدن کیفیت روابط افراد می‌شود. در صورتی که ارتباطات غیرمؤثر مانع شکوفایی انسان می‌شود و روابط را تخریب می‌نماید (نلسون-جونز^۸، ۲۰۱۴).

رابطه‌ی انسان با جهان همیشه مستقیم و به دور از اثرگذاری عوامل ذهنی نیست؛ بلکه ساختارهای ذهن، قوانین حاکم بر ادراک و نیز مرزها و محدودیت‌های حاکم بر کنش‌های ذهن در فرآیند رابطه‌ی ذهن با جهان خارج دخالت دارند و به یکی از پیامدهای متداول در بعد اجتماعی، یعنی سوء تفاهم در روابط بین فردی می‌انجامد. علاوه بر این، در بعد روانی هم به مشکلات و نابهنجاری‌های روانی منجر می‌شود که نمونه‌ی آن اختلال‌های روانی شایع، مانند افسردگی و اضطراب است (دیویدسون، ریچمن و لسپرنس^۹، ۲۰۰۴). به باور بسیاری از نظریه‌پردازان تعداد زیادی از واکنش‌های نامطلوب و اختلال‌ها، به دلیل باورها و تفکرات غیرمنطقی و غیرعقلانی است و تا زمانی که این گونه افکار ادامه یابند، مسائل مربوط به ارتباط، پذیرش و همراهی با دیگران هم تداوم خواهند یافت (الیس، ۲۰۰۳). پژوهش‌های الیس (۲۰۰۳) نشان می‌دهد که سرزنش کردن خود و دیگران محور اغلب آشفتگی‌های هیجانی است.

اما چالش مهم و مسئله‌ی مورد مطالعه در این پژوهش مؤلفه‌های تأثیرگذار بر باورهای ارتباطی است. یکی از راهبردهای تأثیرگذار که امروزه در حوزه‌ی روان‌شناسی مثبت‌نگر بسیار مطرح می‌باشد و جزء مؤلفه‌های مهم روان‌شناسی مثبت‌نگر محسوب می‌شود سرمایه‌ی روان‌شناختی^{۱۰} است (لوتانز و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۷). فرض بر این است که آموزش

1. purpose in life
2. personal growth
3. Ryff & Keyes
4. Singer
5. communication beliefs
6. Hamamci & Coban
7. Ellis
8. Nelson-Jones
9. Davidson, Rieckmann & Lespérance
10. psychological capital
11. Luthans & et al

مؤلفه‌های سرمایه‌ی روان‌شناختی بر متغیر احساس پیوستگی تأثیرگذار است. ظرفیت‌های روان‌شناختی مثل امیدواری^۱، تاب‌آوری^۲، خوش‌بینی^۳ و خودکارآمدی^۴ در کنار هم، عاملی را تحت عنوان سرمایه‌ی روان‌شناختی شکل می‌دهند (آویی، پاترا و وست^۵، ۲۰۰۶). این مؤلفه‌ها در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنی می‌بخشد و تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های پر فشار را تداوم می‌دهد (ارز و جاج^۶، ۲۰۰۱)، فرد را برای وارد شدن به صحنه‌ی عمل آماده کرده (جاج و بونو^۷، ۲۰۰۱) و مقاومت و سرسختی او را در تحقق اهداف تضمین می‌نماید (پارکر و همکاران^۸، ۲۰۰۳). امیدواری حالتی است که افراد را قادر می‌سازد اهدافی واقعی، چالش‌برانگیز، جذاب، قابل دسترس و قابل پیش‌بینی برای خود مشخص کنند (کریستنس^۹، ۲۰۱۳). تاب‌آوری نشان دهنده‌ی سرسختی است به این معنی که افراد در شرایط سخت چقدر فعال و خوب عمل می‌کنند. افراد با تاب‌آوری بالا، می‌توانند در مواجهه با شرایط و وقایع ناخوشایند و تنش‌آمیز، به تلاش و مقابله‌ی کارآمد خود ادامه دهند تا با سپری کردن مراحل دشوار زندگی، به موفقیت دست یابند (سورویک و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۴). همچنین افراد خوش‌بین، اتفاقات مثبت در زندگی را به عوامل دائمی و شخصی مرتبط می‌سازند و بالعکس، وقایع ناخوشایند را به عوامل خارجی، موقتی و شرایط خاص نسبت می‌دهند (توگاد و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۴). خودکارآمدی نیز به معنی باور و اعتماد فرد به توانایی‌های خود برای دستیابی به موفقیت در انجام وظایف است.

تحقیقات اخیر نشان داد سرمایه‌ی روان‌شناختی با طیف متنوعی از متغیرها، مانند افزایش بهزیستی و توانمندی روان‌شناختی و بهبود در کارکرد های فرد همراه است (پنگ و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۳). برخورداری از سرمایه‌ی روان‌شناختی افراد را قادر می‌سازد تا در برابر موقعیت‌های پر استرس بهتر عمل کنند، کمتر دچار تنش شوند، در مقابل مشکلات از توانایی بالایی برخوردار گردند، به نظر روشنی در مورد خود دست یابند و کمتر تحت تأثیر رویدادهای روزانه قرار گیرند؛ بنابراین می‌توان گفت که این افراد از سلامت روان‌شناختی بالاتری نیز برخوردارند (رابینز، واترز-مارش، کاسیوپ و میل^{۱۳}، ۱۹۹۴). سلیگمن و چیکسنت میهای^{۱۴} (۲۰۰۰) معتقدند که سرمایه‌های انسانی و اجتماعی به راحتی قابل مشاهده و آشکار است و می‌توان آن‌ها را به سادگی اندازه‌گیری و کنترل نمود. در صورتی که سرمایه‌ی روان‌شناختی بیشتر بالقوه بوده و اندازه‌گیری و توسعه‌ی آن سخت است و همچنین آن‌ها باور دارند که سرمایه‌ی روان‌شناختی جنبه‌های مثبت زندگی افراد را شامل می‌شود. لذا سرمایه‌ی روان‌شناختی شامل خوددراکی، خودارزشمندی، هدفمندی و مقاومت

1. Hope
2. Resiliency
3. Optimism
4. Self-efficacy
5. Avey, Patera & West
6. Erez & Judge
7. Judge & Bono
8. Parker & et al
9. Keraskian
10. Southwick & et al
11. Tugade & et al
12. Peng & et al
13. Robbins, Waters-Marsh, Caccioppe & Millett
14. Seligman & Ciskszentmihalyi

در برابر مشکلات می‌شود (گلداسمیت، وئوم و دایتی^۱، ۱۹۹۷). لذا مسئله‌ی پژوهش حاضر این است که آیا آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن (امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری) می‌تواند بر باورهای ارتباطی تأثیرگذار باشد؟

علاوه بر آموزش مؤلفه‌های سرمایه‌ی روان‌شناختی فرض بر این است که آموزش باورهای فراشناختی^۲ نیز بر باورهای ارتباطی تأثیرگذار است. فراشناخت هر نوع دانش یا فرایند شناختی است که در آن ارزیابی، نظارت یا کنترل شناختی وجود دارد (موزس و بیرد^۳، ۲۰۰۲). نخستین روان‌شناسی که به شکلی صریح و روشن اصطلاح فراشناخت را وارد روان‌شناسی شناختی کرد، فلاول^۴ (۱۹۷۹) بود. او فراشناخت را شناخت درباره‌ی شناخت می‌داند. همچنین می‌توان گفت فراشناخت نیز فراشناخت را معادل با دانش فرد در مورد فرایندها و تولیدات شناختی خود می‌داند. همچنین می‌توان گفت فراشناخت یک مفهوم چند وجهی که شامل دانش‌ها، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کنند (فلاول، ۱۹۷۹). فراشناخت به دانش درباره‌ی فرآیندهای شناختی و چگونگی استفاده‌ی بهینه و مطلوب از آن‌ها برای رسیدن به بهزیستی روانی و شادکامی گفته می‌شود (بایلر و اسنومن^۵، ۱۹۹۳). فراشناخت به سه حیطه‌ی دانش فراشناختی، تجربه‌های فراشناختی و راهبردهای فراشناختی تقسیم می‌شود. دانش فراشناختی به باورها و نظریاتی گفته می‌شود که افراد در مورد تفکراتشان دارند، تجربه‌ی فراشناختی نیز به ارزیابی‌ها و احساسات خاصی گفته می‌شود که افراد درباره‌ی حالت ذهنی خود دارند. همچنین تجربه‌ی فراشناختی، احساسات ذهنی را هم شامل می‌شود. راهبردهای فراشناختی پاسخ‌هایی هستند که افراد برای کنترل و تغییر تفکر خود و تنظیم هیجانی و شناختی به کار می‌گیرند (فلاول، ۱۹۷۹). باورهای فراشناختی نقش مهمی در عملکرد افراد دارند. بروز عواطف و احساسات منفی می‌تواند ریشه در باورهای فراشناختی داشته باشد. از سوی دیگر، بهزیستی روان‌شناختی و شاخص‌های آن نیز ممکن است تحت تأثیر باورهای فرد قرار گیرد. بر این اساس، پایین بودن سطح بهزیستی روانی فرد، نشان دهنده‌ی عواطف و افکار منفی و معیوب او است و در نتیجه این پایین بودن می‌تواند موجب تشدید اختلالات روانی در افراد بیمار شود (واهل و همکاران^۶، ۲۰۰۲). رحیمیان بوگر و فیروزی (۱۳۹۰) در پژوهش خود دریافتند که مؤلفه‌های باورهای فراشناختی قادرند تغییرات مربوط به بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان را پیش‌بینی کنند. نتایج پژوهش قلی‌پور (۱۳۹۷) نشان داد که باورهای فراشناختی با بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان همبستگی مثبت و معنی‌دار دارد. همچنین نتایج پژوهش پرتو و حیاتی (۱۳۹۸) نشان داد آموزش فراشناخت در افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان باردار مؤثر است. بر این اساس پژوهش حاضر تلاش می‌کند به این مسئله بپردازد که آیا آموزش باورهای فراشناخت می‌تواند بر احساس پیوستگی افراد بهنجار اثرگذار باشد؟

1. Goldsmith, Veum & Darity
2. metacognition
3. Moses & Baird
4. Flavell
5. Beyler & Snowman
6. Wahl & et al

با توجه به پیشینه‌ی نظری و پژوهش‌هایی که تاکنون انجام شده‌اند، این گونه به نظر می‌رسد که سرمایه‌ی روان‌شناختی و باورهای فراشناخت می‌توانند با باورهای ارتباطی افراد رابطه داشته باشند و به خوب زندگی کردن آن‌ها کمک نمایند. به طور کلی مسئله‌ی اساسی در پژوهش حاضر آن است که اثربخشی آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی و باورهای فراشناخت بر باورهای ارتباطی در قالب یک پژوهش آزمایشی مورد بررسی قرار دهد و این مسئله را روشن سازد که آیا آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی و باورهای فراشناخت بر باورهای ارتباطی اثرگذار است؟ و این اثرگذاری چگونه است؟ همچنین مقایسه‌ی آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی و آموزش باورهای فراشناخت از جمله مسئله‌ی چالش‌انگیز دیگر این پژوهش است.

روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است که از طرح پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل استفاده گردیده است. در این طرح متغیرهای وابسته، عبارت بود از باورهای ارتباطی با پنج مؤلفه (باور به مخرب بودن مخالفت، توقع ذهن‌خوانی، باور به عدم تغییرپذیری همسر، کمال‌گرایی جنسی و باور در مورد تفاوت‌های جنسیتی). همچنین متغیرهای مستقل در این پژوهش عبارت بودند از آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی با چهار مؤلفه (امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی) و آموزش باورهای فراشناخت.

ابزار

پرسشنامه‌ی باورهای ارتباطی^۱: این پرسشنامه ۴۰ سؤال دارد که به وسیله‌ی ایدلسون و اپستاین^۲ (۱۹۸۲) طراحی شده است و هدف آن ارزیابی میزان باورهای ارتباطی غیر منطقی در رابطه‌ی زناشویی در پنج بعد (باور به مخرب بودن مخالفت، باور به عدم تغییرپذیری همسر، توقع ذهن‌خوانی، کمال‌گرایی جنسی، باور در مورد تفاوت‌های جنسیتی) است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت پنج گزینه‌ای از کاملاً درست (نمره‌ی ۵) تا کاملاً نادرست (نمره‌ی ۱). نمره‌ی بیشتر نشانگر افزایش باورهای منطقی افراد است. ایدلسون و اپستاین (۱۹۸۲) دریافتند که نمره‌های این پرسشنامه با نمره‌های پرسشنامه‌ی باورهای غیر منطقی (جونز^۳، ۱۹۶۸) همبستگی مثبت داشت. ایدلسون و اپستاین (۱۹۸۲) نشان دادند که پایایی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها از دامنه‌ی ۰/۷۲ تا ۰/۸۱ است. در پژوهش حاضر، جهت بررسی پایایی، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر با ۰/۸۱ به دست آمد.

روش اجرا

در این مطالعه ابتدا سه گروه نمونه انتخاب شد و گروه‌ها با تخصیص تصادفی به گروه‌های آزمایش و کنترل گمارش شدند. سپس آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی روی گروه آزمایش یک و آموزش باورهای فراشناخت روی گروه آزمایش دو اعمال گردید و بر روی گروه کنترل نیز مداخله‌ای اعمال نشد. پس از یک هفته از اتمام آموزش، یک پس‌آزمون از گروه‌ها گرفته شده و نتایج آزمون‌های هر سه گروه با هم مقایسه شد.

1 Questionnaire Communication Beliefs
2. Eidelson & Epstein
3. Jones

نمونه‌ی پژوهش شامل ۶۰ نفر بود که از بین زنان متأهل روستایی شهرستان دهقان در سال ۱۴۰۰ به روش در دسترس با توجه به ملاک‌های ورود انتخاب و به روش تصادفی در گروه‌ها گمارش شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه و تمایل شرکت کنندگان برای حضور در جلسات آموزش و متأهل بودن و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عدم تمایل به شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه بود. تشکیل ۳ گروه ۲۰ نفره با تخصیص به صورت تصادفی به گروه آزمایش (سرمایه‌ی روان‌شناختی و باورهای فراشناخت) و گروه کنترل انجام شد. هر سه گروه نیز بر حسب سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال هم‌تاسازی شدند. آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی و آموزش باورهای فراشناخت ۸ جلسه‌ی ۱ ساعته و گروه کنترل در انتظار یکی از آموزش‌ها قرار گرفتند. قابل ذکر است که برای رعایت ملاحظات اخلاقی رضایت مشارکت‌کنندگان در انجام پژوهش اخذ شد. همچنین در پایان نیز گروه کنترل در کلاس‌های آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی شرکت کردند.

تشکیل ۳ گروه ۲۰ نفره با تخصیص به صورت تصادفی به گروه‌های آزمایش (سرمایه‌ی روان‌شناختی و باورهای فراشناخت) و گروه کنترل انجام شد. هر سه گروه نیز بر حسب سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال هم‌تاسازی شدند. در گروه اول، آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی بر اساس مدل لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) صورت گرفت که محتوای جلسات توسط پژوهشگر طراحی شد و طی هشت جلسه و هر جلسه یک ساعت آموزش انجام گرفت. روایی این پروتکل از طریق روایی محتوایی صورت گرفت و با توجه به این که این پروتکل اقتباس از مدل لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) بود و دغدغه‌ی پژوهشگران اقتباس از نظریه‌ی لوتانز برای استفاده از جامعه‌ی ایرانی بود انطباق پروتکل با محورها و مدل‌هایی که لوتانز پروتکل خود را با آن مبنا تدوین نموده است توسط سه عضو هیأت علمی مورد قضاوت قرار گرفت. در گروه دوم آموزش باورهای فراشناخت بر اساس مدل ولز^۱ (۲۰۱۱) انجام پذیرفت که محتوای جلسات توسط پژوهشگر طراحی شد و طی هشت جلسه و هر جلسه یک ساعت بود. گروه سوم نیز هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و در انتظار یکی از آموزش‌ها قرار گرفتند. قابل ذکر است که در هر جلسه تکالیف منزل داده شد و در جلسه‌ی بعد مورد بررسی قرار گرفت. پس از اتمام جلسات آموزشی، پرسشنامه‌ی باورهای ارتباطی ادیلسون و ایستاین (۱۹۸۲) بین سه گروه توزیع و نتایج حاصله بررسی و مقایسه شدند. خلاصه‌ی جلسات آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی و آموزش فراشناخت در جداول ۱ و ۲ آمده است.

جدول ۱. خلاصه‌ی جلسات آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی لوتانز و همکاران (۲۰۰۷)

جلسه	خرده مقیاس	سرفصل
اول	آشناسازی اعضا و بیان اهداف	خوش آمدگویی، معرفی و آشناسازی گروه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروه، تعداد و زمان جلسات
	امید	ارائه تعاریفی از امید و ناامیدی و ویژگی‌های افراد امیدوار
دوم	خوش بینی خودکارآمدی	ارائه‌ی تعاریفی از مفاهیمی مانند خوش‌بینی، بدبینی، خوش‌بینی واقعی و خوش‌بینی غیر واقعی و وجه تمایز بین آن‌ها ارائه‌ی تعاریفی از خودکارآمدی و بحث در خصوص ویژگی‌های افراد خودکارآمد
	تاب‌آوری	ارائه تعاریفی از مفاهیم استقامت و تاب‌آوری و بحث در خصوص ویژگی‌های افراد تاب‌آور و مقاوم
سوم	امید خوش‌بینی	بررسی میزان امید و رضایت از زندگی شرکت‌کنندگان و ایجاد انگیزه آشنایی با مفهوم درماندگی آموخته شده و نقش آن در خوش‌بینی و بدبینی

جلسه	خرده مقیاس	سرفصل
	خودکارآمدی	بحث در خصوص نقش درماندگی آموخته شده در کاهش خودکارآمدی
	تاب‌آوری	توضیح این که تاب‌آوری آموختنی است یا ذاتی و ارائه تعاریف و مثال
	امید	آگاه ساختن شرکت کنندگان از نقش اهداف در ایجاد و افزایش امید
	خوش بینی	آشنا ساختن شرکت کنندگان با فرایند اسناد و مفهوم مکان کنترل
چهارم	خودکارآمدی	بررسی ارتباط بین انگیزه، اراده و اعتماد به نفس با خودکارآمدی و استفاده از تکنیک بازخورد
	تاب‌آوری	تمرکز بر راهکارهای افزایش تاب‌آوری
	امید	آشنایی شرکت کنندگان با چگونگی دست یافتن به اهدافی روشن و قابل دستیابی
	خوش بینی	آشنایی اعضا با اسندهای درونی، بیرونی، کلی، خاص، پایدار و ناپایدار و نقش هر کدام در خوش‌بینی
پنجم	خودکارآمدی	بررسی و بحث درخصوص چگونگی افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی و استفاده از تکنیک بازخورد مثبت
	تاب‌آوری	تمرکز بر چگونگی افزایش ظرفیت تاب آوردن
	امید	آموزش چگونگی تفسیم یک هدف بزرگ به اهدافی کوچکتر به منظور افزایش احتمال تحقق آن‌ها
	خوش‌بینی	آشنایی اعضا با نقش اسندها در خوش‌بینی
ششم	خودکارآمدی	استفاده از تکنیک تصویرسازی ذهنی به منظور ایجاد تجارب مثبت و تقویت آن به منظور افزایش خودکارآمدی
	تاب‌آوری	آموزش روش هایی که به ارتقای مهارت تاب آوردن کمک می کنند.
	امید	آگاه ساختن شرکت کنندگان با چگونگی فرمول‌بندی اهدافی روشن و عینی
	خوش بینی	آموزش چگونگی ایجاد و گسترش اسندهای مثبت درونی
هفتم	خودکارآمدی	استفاده از تکنیک تقویت جانشینی از طریق ارائه نمونه‌های جهانی و منطقه‌ای از افراد خودکارآمد
	تاب‌آوری	آشنایی شرکت کنندگان با راهبردهای مسئله‌محور و هیجان‌محور و نقش آن‌ها در افزایش تاب‌آوری
	امید	مرور یادگرفته های جلسات پیشین و تمرین عملی به منظور افزایش سطح امید
	خوش بینی	مرور یادگرفته‌های جلسات قبل و تمرین عملی به منظور افزایش سطح خوش‌بینی
	خودکارآمدی	مرور یادگرفته‌های جلسات قبل و تمرین عملی به منظور افزایش سطح خودکارآمدی
هشتم	تاب‌آوری	مرور یادگرفته های جلسات قبل و تمرین عملی به منظور افزایش سطح تاب‌آوری

جدول ۲. خلاصه‌ی جلسات آموزش فراشناخت (ولز، ۲۰۱۱)

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه
اول	آشناسازی اعضا و بیان اهداف	خوش آمدگویی، معرفی و آشناسازی گروه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروه، تعداد و زمان جلسات
دوم	آشنایی با منطقی آموزش فراشناختی	آشنایی با آموزش فراشناخت، آموزش استفاده از کلاه سفید. جهت شناسایی نگرانی و نشخوار فکری بدون تفسیر آن‌ها
سوم	تحلیل فرآیند سرکوب افکار	آموزش راهبردهای به تعویق انداختن نگرانی و تغییر توجه برای فهم موضوع برای گروه از مثال‌های سرکوب افکار (خرگوشی که به رنگ گورخر است و شاخ‌هایی مثل گوزن دارد) استفاده می‌شود. در این تکنیک، افراد گروه جریان فکرها را بدون تعبیر، تفسیر، کنترل و واکنش به آن راه، تنها مشاهده می‌کنند. به عنوان تکلیف خانگی از آنان خواسته می‌شود، هر بار که فکر مزاحم و ناکارآمد به ذهنشان هجوم آورد، از این تکنیک‌ها استفاده کنند.
چهارم	آموزش ذهن آگاهی انفصالی	مرور تکلیف جلسه قبل، آزمایش فرونشانی افکار و تمرین هشپاری فراگیر بی‌طرفانه (ذهن آگاهی انفصالی) هنگام مواجهه با افکار مزاحم و مشاهده جریان فکر بدون تفسیر، تعبیر و کنترل آن‌ها. برای مفهوم‌سازی این تکنیک به گروه تکنیک تصویرسازی ابرها و تکلیف سرکوب بیر آموزش داده می‌شود.
پنجم	آموزش فن مواجهه و به تعویق انداختن	مرور تکلیف جلسه قبل، آموزش فن مواجهه و پاسخ دادن و به تعویق انداختن نگرانی و هر گونه عملی به منظور فاصله گرفتن از فکر و پردازش فراشناختی افکار مزاحم و به تعویق انداختن نگرانی و انجام هر گونه رفتاری. ارائه تکلیف فکر کردن فعالانه به افکار مزاحم منفی.
ششم	بحث درمورد باورهای فراشناختی مثبت و منفی ناکارآمد و چالش‌های کلامی با آن‌ها	شناسایی باورهای مثبت مانند «توجه به نگرانی و نشخوار ذهنی کمک کننده که باعث می‌شود موفق‌تر باشم و بدون آن‌ها بیشتر اشتباه می‌کنم» با فن تحلیل مزایا و معایب، گروه می‌آموزند که با این باورها چالش و سپس برای اثبات آن، از آنان خواسته می‌شود که کمک تکنیک‌های یاد گرفته شده، از آزمایش‌های کنترل شده مواجهه همراه با جلوگیری از پاسخ استفاده کنند.
هفتم	آموزش تکنیک آموزش توجه به عنوان یک راهبرد فراشناختی کارآمد	تکنیک آموزش توجه تکلیفی است که شامل سه مرحله است. منطقی این تکنیک جهت راهی از گرفتار شدن در الگوهای تفکر ناسالم و کنترل افکار توضیح داده می‌شود.
هشتم	جمع‌بندی	بحث در مورد خلاصه‌ای از تمام کارهای انجام شده، مرور نقش راهبردهای ناکارآمد در حفظ مشکلات و نقش تکنیک‌ها و مراحل آموزشی سپری شده در رفع اختلال و تأکید بر استفاده از تکنیک‌ها در موقعیت‌های واقعی

برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های آماری توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات استفاده شد و برای پاسخگویی به کلیه فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس یک متغیره (ANOVA) استفاده گردید. داده‌ها

در نرم‌افزار SPSS-23 تحلیل شدند.

یافته‌ها

در جدول ۳ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در پژوهش بر اساس سن و تحصیلات آمده است.

جدول ۳. توصیف متغیرهای سن و تحصیلات افراد گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر	رده	فراوانی گروه آزمایش (سرمایه‌ی روان‌شناختی)	فراوانی گروه آزمایش (فراشناخت)	فراوانی گروه کنترل
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۴	۶	۹
	۳۰ تا ۴۰ سال	۱۲	۱۲	۱۰
	بالای ۴۰ سال	۴	۲	۱
	کل	۲۰	۲۰	۲۰
تحصیلات	دیپلم و پایین‌تر	۱۸	۱۸	۱۶
	لیسانس	۲	۲	۴
	کل	۲۰	۲۰	۲۰

بر اساس داده‌های جدول ۳، در گروه آزمایش اول (سرمایه‌ی روان‌شناختی)، ۴ نفر از اعضای گروه سن بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۲ نفر بین ۳۰ تا ۴۰ سال و ۴ نفر نیز بالای ۴۰ سال داشته‌اند. در گروه آزمایش دوم (فراشناخت)، ۶ نفر از اعضای گروه سن بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۲ نفر بین ۳۰ تا ۴۰ سال و ۲ نفر نیز بالای ۴۰ سال داشته‌اند. در گروه کنترل، ۹ نفر از اعضای گروه سن بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۰ نفر بین ۳۰ تا ۴۰ سال و ۱ نفر نیز بالای ۴۰ سال داشته‌اند. همچنین بر اساس داده‌های جدول ۳، در گروه آزمایش اول (سرمایه‌ی روان‌شناختی)، ۲ نفر از اعضا مدرک لیسانس، ۱۸ نفر هم مدرک دیپلم و پایین‌تر داشته‌اند. در گروه آزمایش دوم (فراشناخت)، ۲ نفر از اعضا مدرک لیسانس، ۱۸ نفر هم مدرک دیپلم و پایین‌تر داشته‌اند. در گروه کنترل، ۴ نفر از اعضا مدرک لیسانس و ۱۶ نفر هم مدرک دیپلم و پایین‌تر داشته‌اند. جدول ۵ شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمرات متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۵. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	تعداد	کمترین	بیشترین
باورهای ارتباطی	سرمایه‌ی روان‌شناختی	۸۳/۸۵	۸/۶۵	۲۰	۶۷	۹۲
	فراشناخت	۸۴/۵۰	۸/۵۱	۲۰	۶۷	۹۵
	کنترل	۶۳/۳۰	۶/۹۶	۲۰	۵۰	۷۳
	کل	۷۷/۲۱	۱۲/۶۹	۶۰	-	-

نتایج بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس تک متغیری (ANOVA) در زیر آمده است. جدول ۶ نتایج آزمون ام‌باکس را نشان می‌دهد.

جدول ۶. نتایج آزمون ام باکس

۱۶/۸۴۶	Box's M
۱/۲۹۶	F
۱۲	درجه‌ی آزادی ۱
۱۵۷۴۵/۱۵۴	درجه‌ی آزادی ۲
۰/۲۱۳	سطح معنی‌داری

با توجه به این که سطح معنی‌داری بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد، لذا نتیجه گرفته می‌شود که همگنی واریانس‌ها برقرار می‌باشد. جدول ۷ نتایج آزمون لوین را نشان می‌دهد.

جدول ۷. نتایج آزمون لوین

متغیر	مقدار F	درجه‌ی آزادی ۱	درجه‌ی آزادی ۲	سطح معنی‌داری
باورهای ارتباطی	۰/۷۲۵	۲	۵۷	۰/۴۸۷

نتایج جدول ۷ نیز آزمون لوین نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری برای متغیر احساس پیوستگی بالای ۰/۰۵ است، بنابراین واریانس‌های خطاهای آن‌ها با هم برابر هستند، لذا می‌توان گفت که واریانس گروه‌ها همگن هستند. جدول ۸ نتایج تحلیل واریانس تک متغیره تفاوت بین گروه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۸. تحلیل واریانس تک متغیره

تأثیر	ارزش	F	درجه‌ی آزادی	مقدارخطا	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
اثر پیلایی	۰/۹۷۴	۱۷/۷۱	۶	۱۱۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸
لامبدای ویکلز	۰/۱۵۱	۲۸/۸۹	۶	۱۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱
اثر هنلینگ	۴/۸۱	۴۳/۳۰	۶	۱۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰

نتایج تحلیل واریانس تک متغیره نشان داد که بین گروه‌های آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی، فراشناخت و گروه کنترل در باورهای ارتباطی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. جدول ۹ تفاوت بین گروه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۹. نتایج آزمایش اثرات بین گروهی

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذور مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
گروه	باورهای ارتباطی	۵۸۱۴/۴۳	۲	۲۹۰۷/۲۱	۴۴/۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱
خطا	باورهای ارتباطی	۳۶۹۵/۷۵	۵۷	۶۴/۸۳			
مجموع	باورهای ارتباطی	۳۶۷۲۵۵	۶۰				

نتایج تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که تفاوت میانگین باورهای ارتباطی از نظر آماری معنی‌دار است، زیرا مقدار معنی‌داری کمتر از ۰/۰۱ است. برای تعیین تفاوت‌های گروهی از آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است. نتایج در جدول ۱۰ آمده است.

جدول ۱۰. مقایسه‌ی چندگانه

متغیر وابسته	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین‌ها (I-J)	انحراف استاندارد	سطح معنی‌داری
سرمایه‌ی روان‌شناختی	فراشناخت	فراشناخت	-۰/۶۵	۲/۵۴	۰/۹۶۵
		کنترل	۲۰/۵۵	۲/۵۴	۰/۰۰۰۱
	سرمایه‌ی روان‌شناختی	فراشناخت	۰/۶۵	۲/۵۴	۰/۹۶۵
باورهای ارتباطی	فراشناخت	کنترل	۲۱/۳۰	۲/۵۴	۰/۰۰۰۱
		سرمایه‌ی روان‌شناختی	-۲۰/۵۵	۲/۵۴	۰/۰۰۰۱

نتایج جدول ۱۰ نشان می‌دهد که آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی و آموزش باورهای فراشناخت بر باورهای ارتباطی تأثیرگذار است. لیکن بین آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی و آموزش فراشناخت، از نظر تأثیر بر سطح باورهای ارتباطی تفاوت معنی‌دار وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی و باورهای فراشناخت بر باورهای ارتباطی زنان متأهل بود. نتایج نشان داد که که آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی بر باورهای ارتباطی زنان اثر مثبت داشته است. نتایج حاصل از این فرضیه با نتایج پژوهش‌های رایینز و همکاران (۱۹۹۴)، گلداسمیت و همکاران (۱۹۹۷) و پنگ و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. باورهای ارتباطی در زمینه‌های مختلف زندگی خانوادگی اثرگذار است. مسائلی مانند برداشت‌های منفی، داشتن معیارهای انعطاف‌ناپذیر، تعصب‌های شخصی و سوء تفاهم و درک نکردن صحبت‌های یکدیگر آن طور که هست در اغلب موارد موجب نارضایتی افراد به خصوص زوج‌ها می‌شود و این امر می‌تواند بر جنبه‌های مثبت ازدواج غلبه کند. در حالی که تفکر و باور سالم یکی از مؤلفه‌های مهم ارتباط کارآمد است و این تفکر و باور سالم با آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی و تقویت و افزایش مؤلفه‌های کارآمدی چون امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی می‌تواند در درون شخص به بار بنشیند که این باور سالم در نحوه‌ی ارتباط افراد با یکدیگر و همچنین محیط پیرامون بسیار تأثیرگذار است (سوژویک و همکاران، ۲۰۱۴). زمانی که افراد بیاموزند در موقعیت‌های ارتباطی متفاوت چه راه‌حلی را در پیش بگیرند، چگونه بر هیجانات خود کنترل داشته باشند و به جای فرار از موقعیت‌های دشوار درصدد حل آن برآیند رفته رفته باورهای ارتباطی کارآمدتری در زندگی خود به ویژه زندگی زناشویی خواهند داشت (الیس، ۲۰۰۳).

بنابراین طبق نتایج این پژوهش می‌توان اذعان نمود فردی که سطح بالایی از تاب‌آوری را دارا باشد باورهای ارتباطی قوی‌تری نیز در خود پرورش می‌دهد و در نتیجه مسائل و مشکلات در یک محیط ارتباطی را هیجان‌انگیز و سراسر چالش می‌بیند و برای رفع این مشکلات سعی می‌کند تکنیک‌های حل مسئله‌ی کارآمدتری به کار گیرد (سوژویک و همکاران، ۲۰۱۴). افزایش و تقویت مؤلفه‌ی خوش‌بینی از طریق تکنیک‌های ذکر شده می‌تواند به عنوان یک متغیر بسیار کارآمد و مؤثر در باورهای ارتباطی زوجین مطرح شود. هر یک از زوجین هنگامی که نسبت به امور و اتفاقاتی که در زندگی زناشویی رخ می‌دهد، خوش‌بین و مثبت‌نگر باشند، به تبع باورهای ارتباطی مؤثرتری را از خود بروز می‌دهند و خوش‌بین بودن به زوج‌ها این امکان را می‌دهد که با یکدیگر به بحث و تبادل نظر بپردازند و در حل مشکلات خود با هم‌اندیشی و تفکر واگرا تمام راه‌حل‌های مختلف را بررسی کرده و سپس با انتخاب مناسب‌ترین راه‌حل‌ها که مطابق با مشکلات پیش آمده است مشکلاتشان را حل کنند (توگاد و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین وجود مؤلفه‌ی امید در افراد و به خصوص زوج‌ها باعث می‌شود که بتوانند باورهای ارتباطی مثبت را در خود پرورش دهند که این امر می‌تواند به زوج‌ها کمک کند رابطه‌ی شادتر و زندگی معنی‌دار و هدفمندی داشته باشند (کریستنس، ۲۰۱۳). در کنار تمام این موارد می‌توان به نقش مهم و پررنگ خودکارآمدی نیز در پرورش باورهای ارتباطی مثبت در اذهان افراد اشاره نمود. فردی که

به توانایی های خود جهت برقراری یک ارتباط سالم باور داشته باشد و از اعتماد بنفس کافی جهت ادامه ی رابطه ی بین فردی و بیان نظرات خود برخوردار باشد به این معنی است که به خوبی توانسته مؤلفه ی خودکارآمدی را در خود تقویت کند و در نتیجه باورهای ارتباطی سالم تری بین او و دیگران شکل می گیرد (پنگ و همکاران، ۲۰۱۳). بنابراین می توان اذعان نمود که آموزش سرمایه ی روان شناختی بر باورهای ارتباطی اثر مثبت دارد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش باورهای فراشناختی بر باورهای ارتباطی زنان اثر مثبت داشته است. نتایج حاصل از این فرضیه با نتایج پژوهش های رحیمیان بوگر و فیروزی (۱۳۹۰)، قلی پور (۱۳۹۷)، پرتو و حیاتی (۱۳۹۸) و واهل و همکاران (۲۰۰۲) همسو است. قبلاً ادعا شد که باورهای فراشناختی در زندگی افراد به ویژه زوجین می تواند اثر قابل توجهی را بر جای گذارد. زوجین در زندگی مشترک خود با فراز و نشیب های فراوانی روبرو هستند که اگر این موارد مدیریت و کنترل نشود، ممکن است به فروپاشی نظام خانواده بینجامد. باورهای ارتباطی ناکارآمد، علت اصلی بسیاری از اختلاف های اجتماعی به ویژه در روابط زوج های جوان است. چنین باورهایی در واقع وجود افکار نادرست و نامناسب با واقعیت درباره ی خود و جهان است که یکی از عمده ترین عرصه های بروز این افکار در زندگی زناشویی است (الیس، ۲۰۰۳). در این پژوهش به افراد به جای فرار از زندگی، روش طبیعی و درست زندگی کردن آموزش داده می شود که این امر بر سطح باورهای ارتباطی و توقعات افراد از همسر خود در زندگی مشترک تأثیر می گذارد و باورهای ارتباطی کارآمد را برای افراد به همراه دارد. همچنین در این پژوهش آموزش تکنیک ذهن آگاهی به ایجاد باورهای منطقی و در نتیجه معنی دار بودن زندگی افراد کمک می کند. به فرد آموزش داده می شود تا نسبت به اتفاقات بیرون وجودش کاملاً آگاه و هشیار باشد و از همه مهم تر نسبت به اتفاقات درون وجود خود هم کاملاً بیدار و حواس جمع باشد. در این پژوهش افراد می آموزند که بر اساس افکار و احساساتشان هویت خود را شناسایی نکنند و خودش را با افکار خودش یکی ندانند. بنابراین می توان اذعان نمود که تمام این عوامل در وجود یک فرد سطح باورهای ارتباطی او را ارتقا می بخشد (گیلپاتریک^۱، ۲۰۰۸).

مجهز بودن به راهبردهای فراشناختی منجر به روابط بین فردی سالم می شود که این خود نقش تعیین کننده ای در افزایش باورهای ارتباطی کارآمد دارد. آموزش باورهای فراشناختی از طریق آموزش فنونی مانند شناسایی افکار و احساسات منفی، بازگویی احساسات و هیجانات، قضاوت مثبت و مدیریت رفتار به افراد کمک کرده است تا بتوانند باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد خود را اصلاح کرده و باورهای ارتباطی کارآمد را تقویت کنند و افزایش دهند. افراد با آموزش باورهای فراشناختی یاد گرفتند که افکار و احساساتشان را به طرز صحیحی بیان کنند و بتوانند به بیانات دیگران به نحو مؤثری گوش دهند. افکار غیر منطقی و تحریف های شناختی خود را به چالش بکشند و در نتیجه باورهای ارتباطی کارآمد خود را افزایش دهند. با آموزش راهبردهای فراشناختی افراد یاد می گیرند از افکار به ویژه افکار منفی خود فاصله گرفته و بهتر بتوانند افکار خود را ارزیابی کنند. کاربرد این نحوه ی تفکر در حیطه های ارتباطی از جمله

ارتباط صمیمی مؤثر بوده و باعث می‌شود که باورهای ارتباطی کارآمد در افراد شکل بگیرد و افزایش یابد (مان و بدر^۱، ۲۰۱۰).

در نهایت نتایج پژوهش حاضر نتایج نشان داد که آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی و آموزش فراشناخت به یک اندازه بر سطح باورهای ارتباطی تأثیر دارند. یکی از مؤلفه‌های باورهای ارتباطی کمال‌طلبی جنسی است که بین گروه آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی و آموزش باورهای فراشناختی تفاوت معنی‌دار در آن گزارش گردید. در واقع آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی بیش از آموزش فراشناخت بر این مؤلفه در جهت مثبت اثرگذار بوده است. کمال‌گرایی جنسی، به معنی انتظار از همسر برای رابطه‌ی جنسی در همه‌ی شرایط بدون توجه به وضعیت او است (ادپلسون و اپستاین، ۱۹۸۲). می‌توان اذعان نمود زوجینی که آموخته‌اند چگونه تاب‌آور، امیدوار، خوش‌بین و خودکارآمد باشند در تمام شرایط یکدیگر را بهتر درک می‌کنند و به جای بالا بردن سطح توقعات از یکدیگر و جر و بحث بیهوده و مقصر دانستن یکدیگر، با بحث و گفت و گو و تبادل‌نظر مشکلات زناشویی خود را حل می‌کنند و در نتیجه از کیفیت زندگی بالاتر و به تبع رضایت جنسی بالاتری برخوردارند. به نظر می‌رسد که بهره‌مندی افراد از سرمایه‌ی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن می‌تواند بر روابط عاطفی و توجه به فرد مقابل (همسر) تأثیرگذار بوده و نوعی تعامل و تعادل را بین طرفین برقرار نماید تا از سطح رضایت مطلوب و شایسته‌ای برخوردار گردند (مؤمنی و آزادی‌فرد، ۱۳۹۵).

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر بیان‌کننده‌ی تأثیر آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی و باورهای فراشناختی بر باورهای ارتباطی زنان است، اما باید توجه داشت این پژوهش در جامعه‌ی زنان روستائی متأهل شهرستان دهقان صورت گرفته است، به همین دلیل در تعمیم نتایج پژوهش به جوامع دیگر باید احتیاط کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در جوامع زنان و مردان شهرهای و فرهنگ‌های دیگر نیز انجام شود. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده‌ی صرف از پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌ها است. بنابراین پیشنهاد می‌شود همزمان با اجرای پرسشنامه از ابزارهایی همچون مصاحبه، مشاهده و دیگر ابزارهای کیفی نیز استفاده شود. با توجه به اثر مثبت آموزش‌ها می‌توان بر اساس نتایج این پژوهش بسته‌های آموزشی را به منظور افزایش باورهای ارتباطی مدون نمود و در مراکز مشاوره‌ی خانواده، مراکز بهزیستی، کلینیک‌های روان‌شناختی و سازمان‌های مرتبط با مشاوره و تعلیم و تربیت مورد استفاده قرار داد. همچنین می‌توان این آموزش‌ها را برای زوجین جوانی که در ابتدای زندگی مشترک خود می‌باشند و یا در کلاس‌های پیش از ازدواج اجرا نمود تا قبل از ایجاد هر گونه اختلاف و یا سوءفهمی بتوانند به بحث و تبادل‌نظر بپردازند و مشکلات خود را حل کنند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله بر خود لازم می‌دانیم از تمامی زنان شرکت‌کننده در این پژوهش و همچنین همسران ایشان که مراتب شرکت آن‌ها را فراهم نمودند، کمال سپاسگزاری و تشکر را ابراز نماییم.

منابع

- پرتو، افسانه و حیاتی، مژگان. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش فراشناخت بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان باردار: پژوهشی نیمه‌تجربی. مجله‌ی مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا، ۲۷(۲)، ۱۳۲-۱۲۵.
- خدمتی، نسرين. (۱۳۹۹). رابطه‌ی احساس پیوستگی و توانمندی ایگو با اضطراب مرگ سالمندان. نشریه‌ی رویش روان‌شناسی، ۹(۳)، ۵۸-۵۱.
- رحیمیان بوگر، اسحاق و فیروزی، منیژه. (۱۳۹۰). پیش‌بینی بهزیستی و درماندگی روان‌شناختی دانشجویان بر اساس مؤلفه‌های باورهای فراشناختی. فصلنامه‌ی پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۵(۲)، ۴۴-۳۲.
- قلی‌پور، نسیم. (۱۳۹۷). بررسی رابطه باورهای فراشناختی با خودکارآمدی، شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان مدارس آموزش از راه دور. مجله‌ی پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۳(۲۰)، ۶۴-۵۱.
- مؤمنی، خدامراد و آزادی‌فرد، صدیقه. (۱۳۹۵). رابطه دانش و نگرش جنسی و باورهای ارتباطی با طلاق عاطفی. دوفصلنامه‌ی آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده، ۱(۲)، ۱-۱۲.
- Avey, B. A., Patera, J. L., & West, B. J. (2006). The implications of positive psychological capital on employee absenteeism. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 2(13), 1-10.
- Biehler, R. F., & Snowman, J. (1993). *Psychology applied to teaching* (7th ed.). USA: Houghton Mifflin.
- Davidson, K. W., Rieckmann, N., & Lespérance, F. (2004). Psychological theories of depression: Potential application for the prevention of acute coronary syndrome recurrence. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 66(2), 165-173.
- Eidelson, R. J., & Epstein, N. (1982). Cognition and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional relationship beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 715-720.
- Ellis, A. (2003). *Overcoming Resistance: A Rational Emotive Behavior Therapy In Degraded Approach*. New York: Springer
- Erez, A., & Judge, T. (2001). Relationship of core selfevaluation to goal setting, Motivation and performance. *Journal Applied Psychology*, 86(6), 1270-1279.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognitive and cognitive monitoring: A new area of cognitive developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Gillpatrick, S. (2008). 7 Ways couples add conflict to conflict. Center stone: Wellness program.
- Goldsmith, A., Veum, J., & Darity, W. (1997). Unemployment, joblessness, psychological wellbeing and self-esteem: Theory and evidence. *Journal of Socio-Economics*, 26, 133-158.
- Hamamci, Z., & Coban, A. E. (2010). Dysfunctional relationship beliefs of late adolescence in adjustment to university. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 300-304.
- Hefferon, K., & Boniwell, I. (2011). *Positive psychology: Theory, research and applications*. The McGraw-Hill companies.
- Jones, R. A. (1968). A factored measure of Ellis' irrational belief system with personality and maladjustment correlates. *Dissertation Abstracts International*, 29(11-B), 4379- 4380.
- Judge, T., & Bono, J. (2001). Relationship of core selfevaluation-selfesteem generalized self efficacy, locus of control, and emotional stability-with job satisfaction and job performance: meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(1), 80-92.
- Keraskian, A. (2013). Psychological Tools/ scale hope of teens. *Journal of Grow School Counselor*, 9(33), 34-35.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel psychology*, 60(3), 541-572.
- Manne, S., & Badr, H. (2010). Intimacy processes and psychological distress among couples coping with head and neck or lung cancers. *Journal of Psychosocial Oncology*, 19(9), 941-954.
- Moses, L.J., & Baird, J.A. (2002). Metacognition. In R.A. Wilson & F.C. Keil (Eds.), *The MIT*

- encyclopedia of the cognitive sciences. Cambridge, MA: MIT Press.
- Myers, D. G., & Diner, E. (1995). Who is happy? *Psychological science*, 6(1), 10-19.
- Nelson-Jones, R. (2014). *Nelson-Jones' Theory and Practice of Counselling and Psychotherapy*. New York: Holt, Rinehart and Winst.
- Parker, C., Baltes, B., Young, S., Huff, J., Altmann, R., Lacost, H., & Roberts, J. (2003). Relationships between psychological climate perceptions and work outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 389-416.
- Peng, J., Jiang, X., Zhang, J., Xiao, R., Song, Y., Feng, X., Zhang, Y., & Miao, D. (2013). The Impact of Psychological Capital on Job Burnout of Chinese Nurses: The Mediator Role of Organizational Commitment. *PLoS One*, 8(12), 1-8.
- Robbins, S., Waters-Marsh, T., Caccioppe, R., & Millet, B. (1994). *Organisational Behaviour*. Pretince Hall Australia.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions of Psychological Science*, 4(4), 99-104.
- Ryff, C. D., & Keys, C. L. (1995). The structure of psychological Well-being revisited. *Jornal of personality and social psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of happiness studies*, 9(1), 13-39.
- Salamomson, Y., Ramjan, L. M., Nieuwenhuizen, S., Metcalfe, L., Chang, S., Everett, B. (2016). Sense of coherence, self-regulated learning and academic performance in first year nursing students: A cluster analysis approach. *Nurse Education in Practice*, 17, 208-213.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American psychological Association*, 55, 5-14.
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal Psychotraumatol*, 5(10), 1-10.
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L., & Barrett, L. F. (2004). Psychological Resilience and Positive Emotional Granularity: Examining the Benefits of Positive Emotions on Coping and Health. *Journal Personalized*, 72(6), 1161-1190.
- Wahl, A. K., Gjengedal, E., Hanestad, B. R. (2002). The bodily suffering of living with severe psoriasis: in-depth interviews with 22 hospitalized patients with psoriasis. *Qualitative Health Research*, 12(2), 250-261.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive Therapy for anxiety and depression*. The Guilford Press.

تأثیر مداخله روان آموزشی متمرکز بر هیجان در هیجان‌های منفی، بخشایشگری و تاب‌آوری زوجین *The effect of emotion-focused psychoeducational intervention on negative emotions, forgiveness, and resilience in couples*

Abstract

Aim: The main purpose of this research is to investigate the effectiveness of the individual skills training package in improving the cognitive-behavioral abilities of girls and women aged 20-30 years in the marginal areas of the cities of Isfahan, Tehran), Zahedan and Mashhad.

Method: The experimental intervention method is based on a semi-experimental method of pre-test-post-test type with a control group and with the intervention of training individual skills improvement package. It was based on a sample consisting of two groups of 60 individuals from the women's community living in marginal areas, who were randomly divided into two intervention and control groups. **Results:** obtained from the multivariate covariance analysis test showed that the mean scores of the participants in the emotional regulation, self-awareness and effective communication was significantly different among experimental and control groups, after intervention. **Conclusion:** individual skills' training has significantly improved the cognitive-behavioral abilities of the participants.

Keywords: Negative emotion, forgiveness, resilience, emotion-focused intervention, couples

مختاب داوری چگنی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد،
دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

زهراتنها

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد
اسلامی واحد خرم‌آباد، خرم‌آباد، ایران.

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مداخله روان آموزشی متمرکز بر هیجان در هیجان‌های منفی، بخشایشگری و تاب‌آوری زوجین بود. روش پژوهش به صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی زوجین شهرستان چگنی در تابستان سال ۱۴۰۳ بود که برای دریافت مشاوره به کمیته امداد شهرستان چگنی مراجعه نمودند. از این جامعه آماری، به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ آزمودنی انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه شامل ۱۵ نفر جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت آموزش مداخله روان آموزشی متمرکز بر هیجان براساس پروتکل متمرکز بر هیجان‌گریزگری و گلر (۲۰۱۲) قرار گرفتند. از مقیاس هیجان مثبت و منفی (۱۹۸۸)، مقیاس گرایش به بخشش هارتلند (۲۰۰۵) و مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) برای اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش آماری تحلیل کوواریانس با به کارگیری نرم‌افزار SPSS استفاده گردید. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش متمرکز بر هیجان، به طور معنی‌داری هیجان منفی، بخشایشگری و تاب‌آوری زوجین را در مقایسه با گروه کنترل بهبود بخشیده است. بنابراین، درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند به عنوان روشی مؤثر و کارآمد در جهت بهبود روابط بین زوجین توسط درمانگران و مشاوران خانواده مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: هیجان منفی، بخشایشگری، تاب‌آوری، مداخله متمرکز بر هیجان، زوجین

مقدمه

ازدواج پدیده‌ای منحصر به فرد است که در آن افراد با علایق و هویت‌های متمایز پیوندی را ایجاد می‌کنند و به قوانین و مقررات اجتماعی با هدف تقویت وحدت پای‌بند هستند. فراتر از قرارداد اجتماعی صرف، ازدواج پدیده‌ای چندبعدی است که نه تنها به نیازهای زیستی و روانی می‌پردازد، بلکه خواسته‌های انگیزشی را نیز برآورده می‌کند (ماجومدر^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). بیشتر افراد در طول زندگی خود ازدواج می‌کنند و می‌خواهند ازدواج آن‌ها رضایت‌بخش باشد. زمانی که ازدواج‌ها پایدار و رضایت‌بخش باشد، همسران به طور کلی سالم‌تر و شادتر هستند و عمر طولانی‌تری دارند (ژانگ و لیانگ^۲، ۲۰۲۳). سلامت در خانواده، در گروتدوام و سلامت رابطه بین زوجین بوده و رابطه زناشویی، هسته مرکزی نظام خانوادگی را تشکیل می‌دهد. بنابراین، اختلال در رابطه زوجی به منزله تهدیدی جدی برای باقی خانواده محسوب می‌شود و اختلاف جدی در زندگی زناشویی، خانواده را در معرض خطر نابسامانی و از هم پاشیدگی قرار می‌دهد (کیو^۳ و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از متغیرهای مورد بررسی در زوجین که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار می‌گیرد، هیجانات منفی^۴ است. هیجانات یکی از جنبه‌های رفتار انسان است که نقش مهمی در زندگی انسان‌ها ایفا می‌کنند و برای انسان‌ها سودمندند، از آن جهت که فعالیت‌های او را به سوی هدفی متوجه می‌سازد (خانجانی و رضایی، ۱۳۹۵). هیجانات به دو دسته هیجانات مثبت و منفی تقسیم می‌شوند که خصیصه‌هایی هستند که تقریباً با عوامل شخصیتی پایه برونگرایی و روانرنجورخویی منطبق هستند (مرادی و همکاران، ۱۳۹۵). هیجانات منفی، یک بعد منفی ارزیابی درونی و عدم اشتغال به کار لذت‌بخش است که به دنبال آن حالت‌های خلقی از قبیل خشم، حقارت، احساس گناه، ترس و عصبانیت پدید می‌آید و کاهش هیجان منفی منجر به یک حالت آرامش می‌گردد. هیجان منفی یکی از ابعاد اصلی حالات هیجانی می‌باشد (پالاس^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). هیجان منفی سبب می‌شود فرد احساس عدم کنترل بر شرایط داشته‌اند و نسبت به توانمندی‌های خود در مواجهه با زندگی احساس شایستگی کمتری داشته باشد و نوعی درماندگی مستمر احساس کند (واتسون و تلگن^۶، ۱۹۸۵). افراد دارای هیجان منفی بالا به سمت ناراحتی و ناخرسندی گرایش داشته و دید منفی نسبت به خود دارند (ویس^۷ و همکاران، ۲۰۲۱). افرادی که هیجانات منفی کمتری تجربه می‌کنند، بیشتر توانایی بخشش^۸ را نیز دارند (طهماسبی و خرم‌آبادی، ۱۴۰۳).

1. Majumder

2. Zhang & Liang

3. Qiu

4. negative emotions

5. Paulus

6. Watson & Tellegen

7. Weiss

8. forgiveness

بخشش، یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار در بهبود مشکلات زندگی زناشویی مورد تمرکز واقع شده و به طور مستقیم با ارتقای سلامت عمومی و پیوندهای ایمن زوجین ارتباط دارد (جیار^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). بخشش عبارت است از انگیزشی آگاهانه و ارادی که سبب کاهش کناره‌گیری، خشم و انتقام در قبال فرد خطاکار می‌شود، هیجانات مثبت را افزایش می‌دهد و جایگزین هیجانات منفی می‌کند (آلناواز^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). بخشش می‌تواند پیامدهای مفیدی برای رابطه داشته باشد؛ مانند این که فرایندهای ارتباطی را بهبود بخشیده و به حل تعارضات میان زوجین کمک کند که نتیجه این تغییرات، ترمیم بافت‌های آسیب‌دیده رابطه‌ای و خلق تعاملات ایمن در میان همسران خواهد بود (فوششوبر^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). بخشش بعد عاطفی روابط زوجین را هدف قرار می‌دهد. بنابراین، فراهم کردن فضا و شرایطی که بدون هیچ تهدیدی و با همراهی توجه مثبت غیرمشروط زمینه را برای ایجاد فضای مناسب و گذشت در برابر قصور همسر خود فراهم نماید. بر این اساس، انرژی و نیرویی که در گذشته صرف آزدگی، دشمنی و کینه‌توزی می‌شد، آزاد می‌گردد. از این طریق، افراد به این نتیجه می‌رسند که انتقام و کینه‌توزی بی‌فایده بوده و این مرحله آغاز ترمیم روابط مخدوش است (سو^۴ و همکاران، ۲۰۲۳).

هر خانواده در هر مرحله از رشد خود، بحران‌ها و سختی‌هایی دارد. سختی‌ها و بحران‌های جدی مانع عملکرد واحد خانواده می‌شود و بر همه اعضای خانواده و روابط بین آن‌ها تأثیر می‌گذارد. تاب‌آوری^۵ به معنای توانایی استقامت خانواده و اعضای آن در مواجهه با ناملايمات و کسب تعادل پس از بحران است (آیوالیتی و پزیرکیانیدیس^۶، ۲۰۲۰). تاب‌آوری به معنای ظرفیت استفاده انعطاف‌پذیر از منابع داخلی و خارجی برای دستیابی به سازگاری مثبت در مواجهه با ناملايمات یا رویدادهای آسیب‌زا است (وانگ^۷ و همکاران، ۲۰۲۴). تاب‌آوری ظرفیت افراد را در هنگام مواجهه با دشواری‌های زندگی نمایان می‌سازد. همسرانی که از تاب‌آوری پایینی برخوردارند، بیشتر در معرض خطر ابتلا به افسردگی، استرس، اضطراب، مشکلات بین فردی و عدم سازگاری زناشویی قرار دارند و ممکن است از رفتارهای مخاطره‌آمیز برای کاهش تنش‌های مختلف استفاده کنند (کومار^۸ و همکاران، ۲۰۲۳). تاب‌آوری تنش را محدود نمی‌کند، مشکلات زندگی را از بین نمی‌برد؛ بلکه به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیش رو مقابله سالم داشته باشند، بر سختی‌های غلبه کنند و با جریان زندگی حرکت نمایند (فرادلوس^۹ و همکاران، ۲۰۱۸). رویکردهای مختلفی برای کمک به بهبود روابط زوجین با عنوان زوج‌درمانی ارائه شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به درمان متمرکز بر هیجان^{۱۰} (EFT) اشاره کرد. زوج

1. Girard

2. Alnawas

3. Fuchshuber

4. Su

5. resilience

6. Aivalioti & Pezirkianidis

7. Wang

8. Kumar

9. Fradelos

10. Emotional Focus Therapy (EFT)

درمانی هیجان‌مدار رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، انسان‌گرایی و نظریه دلبستگی بزرگسالان می‌باشد که از منظر دلبستگی به روابط زوجین می‌نگرد و به نقش با اهمیت هیجان‌ات در ایجاد چرخه‌های تعاملی زوجین اشاره دارد. این رویکرد بیان می‌کند که اگر درمانگر بتواند در رابطه عاطفی فعلی میان زوجین، تجارب هیجانی جدید و مؤثری را ایجاد کند که به نوعی نقض‌کننده مدل‌های ذهنی منفی و ناسازگار گذشته باشد، می‌توان به بهبود پاسخ‌های دلبسته‌گونه زوجین امید داشت (بودنمن^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). این درمان یک رویکرد کوتاه مدت ساختاری است که به دنبال گسترش و تنظیم هیجان‌ات کلیدی پاسخ‌دهنده و ایجاد ارتباطات عاطفی بین زوجین است. این رویکرد معتقد است که وقتی یک زوج در رابطه‌شان نارضایتی، آسیب یا تهدید را تجربه می‌کند، پاسخی هیجانی خواهند داشت که این رفتار از طرف زوج برای ایجاد احساس امنیت در ارتباط است (گانز^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). در زوج درمانی هیجان‌مدار فرض بر این است روشی که زوجین با آن تجارب هیجانی خود را سازماندهی و پردازش می‌کنند، منجر به درماندگی زناشویی آن‌ها شده است. در این روش، زوجها در طول درمان در فرایندی درگیر می‌شوند که هر یک تلاش می‌کنند تا ترس‌ها و نیازهای دلبستگی خود را ابراز نمایند و به بهترین نحو ممکن به پرورش پیوند دلبستگی ایمن‌تری پردازند که این خود موجب تداوم تغییرات پایدار در رضایت از رابطه زوجها و دستیابی به پاسخ‌های هیجانی انطباقی اولیه به موقعیت‌ها می‌شود (کیو^۳ و همکاران، ۲۰۲۰).

رئیس سرشنیزی (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان دادند که مشاوره زوجی هیجان‌مدار بر هیجان‌ات منفی و استرس زناشویی تأثیرگذار بوده است. نتایج به دست آمده از پژوهش آرتنگ و ایزدی (۱۴۰۱) بیانگر آن بود که درمان هیجان‌مدار موجب کاهش سطح پردازش منفی اطلاعات هیجانی و مؤلفه‌های آن و تحریف‌های شناختی بین فردی و مؤلفه‌های آن شده است. نتایج پژوهش سیفی قوزلو و همکاران (۱۴۰۳) نشان داد که درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی و درمان هیجان‌مدار بر افزایش بخشش و کاهش مشکلات ازدواج در میان زنان متقاضی طلاق اثربخش هستند. نجاری فروشانی و نامدارپور (۱۴۰۲) در پژوهش خود دریافتند که درمان هیجان‌مدار بر بخشش و صمیمیت زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی اثربخش است که نتایج در مرحله پیگیری نیز پایدار بود. هم‌چنین، نتایج پژوهش وجدانی و همکاران (۱۴۰۳) نشان داد که درمان هیجان‌مدار باعث افزایش تاب‌آوری در زنان تحت خشونت خانگی شده است. زارعی و اسمعیل‌زاده (۱۴۰۳) دریافتند که استفاده از درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری سالمندان مؤثر و موجب افزایش آن شده است. دریای لعل و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهش خود دریافتند که مداخله به روش گاتمن و درمان هیجان‌مدار بر احساس تنهایی و تاب‌آوری زوجین تأثیر داشته و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار بوده است. ویب و جانسون^۴ (۲۰۱۷) دریافتند که درمان هیجان‌مدار باعث ایجاد پیوندهای دلبستگی ایمن برای زوجین و تقویت تاب‌آوری شود. گلدنبرگ^۵ و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی

1. Bodenmann

2. Ganz

3. Qiu

4. Wiebe & Johnson

5. Goldenberg

رویکرد هیجان‌مدار را برای التیام آسیب‌های هیجانی زوجین به کار بردند. نتایج بهبودی درخور توجهی در رضایت زوجی، اعتماد و بخشش نشان داد.

علی‌رغم کارایی و حمایت تجربی بسیار خوب از زوج‌درمانی هیجان‌محور در خارج از کشور تاکنون مقالات و پژوهش‌های اندکی در ایران به این رویکرد اختصاص یافته است. با توجه به مطالعات انجام شده، تاکنون تأثیرات این رویکرد درمانی بر هیجان منفی، بخشش و تاب‌آوری در ایران به طور همزمان بررسی نشده است. شناخت کافی از میزان کارایی و ابعاد تأثیرگذاری این نوع زوج درمانی که بر جنبه‌های عاطفی و هیجانی نیز تأکید دارد، می‌تواند در انتخاب صحیح نوع درمان با توجه به مشکلات مراجع و نتایج قابل پیش‌بینی آن کمک‌کننده باشد. این پژوهش نیز با بررسی این رویکرد قدمی در جهت بررسی کارایی آن برداشته است. انجام چنین پژوهش‌هایی برای بالا بردن سطح دانش جامعه روانشناسان، مشاوران خانواده روان‌درمانگران امری ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، پژوهشگر در پژوهش حاضر بر آن شد تا دریابد آیا مداخله روان آموزشی متمرکز بر هیجان در هیجان‌های منفی، بخشایشگری و تاب‌آوری زوجین اثربخش است؟

روش

این پژوهش، از نظر نوع هدف کاربردی و از نظر روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل ناهمسان و با استفاده از جایگزینی تصادفی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زوجین شهرستان چگنی در تابستان سال ۱۴۰۳ بود که برای دریافت مشاوره به کمیته امداد شهرستان چگنی مراجعه نمودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، هدفمند بود. براساس نظر دلاور (۱۴۰۲) برای انجام پژوهش‌های آزمایشی، به ازای هر گروه حداقل ۱۵ نفر در نظر گرفته می‌شود؛ در نتیجه برای انتخاب نمونه از میان اعضای جامعه با توجه به احتمال ریزش آزمودنی‌ها، ۳۶ آزمودنی انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه مساوی (۱۸ نفر گروه مداخله و ۱۸ نفر گروه کنترل) قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش به طور مجزا تحت مداخله روان آموزشی متمرکز بر هیجان قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. در نهایت، گروه آزمایش پس از دریافت مداخله و گروه کنترل بدون مداخله در مرحله پس‌آزمون، مورد بررسی قرار گرفتند. لازم به ذکر است که سه نفر از گروه آزمایش (دو نفر به علت غیبت بیش از سه جلسه و یک نفر به دلیل انصراف) کنار گذاشته شدند و سه نفر از گروه کنترل نیز به تصادف کنار گذاشته شدند. در نتیجه، نمونه نهایی پژوهش که تجزیه و تحلیل روی آن‌ها انجام شد متشکل از ۳۰ نفر بود (۱۵ نفر گروه مداخله روان آموزشی متمرکز بر هیجان و ۱۵ نفر گروه کنترل). از شرکت‌کنندگان رضایت نامه آگاهانه گرفته شد و به شرکت‌کنندگان گفته شد، اطلاعات به دست آمده از آن‌ها کاملاً محرمانه بوده و به جز پژوهشگر فردی دیگر به آن‌ها دسترسی نخواهد داشت. معیارهای ورود شامل: دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلا به اختلالات روانی، عدم حضور در همزمان زوجین در جلسات درمانی، گذشتن حداقل دو و حداکثر ده سال از زندگی مشترک، داشتن سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال زوجین و عدم تصمیم به جدایی. معیارهای خروج شامل: ازدواج مجدد، شرکت در جلسات روان‌درمانی دیگر و غیبت بیش از دو جلسه از جلسات مداخله بود.

ابزار

مقیاس هیجان مثبت و منفی^۱ (PANAS): مقیاس هیجان مثبت و منفی برای اندازه‌گیری دو بعد خلقی یعنی هیجان مثبت و منفی توسط واتسون و همکاران (۱۹۸۸) در ۲۰ سؤال طراحی شده است که هر خرده‌مقیاس دارای ده آیتم می‌باشد. نمره‌گذاری این مقیاس در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت از بسیار کم (۱) تا بسیار زیاد (۵) از سوی آزمودنی رتبه‌بندی می‌شود. دامنه نمرات در هر یک از خرده‌مقیاس‌های بین ۱۰ و ۵۰ قرار می‌گیرد. نمره بالاتر نشان‌دهنده آن هیجان در آزمودنی است. در این پژوهش، تنها از خرده‌مقیاس هیجان منفی استفاده می‌شود. واتسون و همکاران (۱۹۸۸) پایایی این مقیاس را از راه بازآزمایی با فاصله ۸ هفته برای هیجان مثبت ۰/۶۸ و برای هیجان منفی ۰/۷۱ به دست آوردند. در ایران علیزاده گورادل و همکاران (۱۳۹۵)، پایایی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ برای هیجان مثبت ۰/۸۳ و برای هیجان منفی ۰/۷۹ گزارش نمودند. هم‌چنین، واتسون و همکاران (۱۹۸۸)، روایی این ابزار را با استفاده از همبستگی میان خرده‌مقیاس‌های مثبت و منفی با پرسشنامه افسردگی به ترتیب ۰/۳۶- و ۰/۵۸ و با پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان به ترتیب ۰/۳۵- و ۰/۵۱ گزارش نمودند. بخشی‌پور و دژکام (۱۳۸۴)، روایی این ابزار را برای هر دو خرده‌مقیاس برابر با ۰/۸۷ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی این ابزار از آلفای کرونباخ استفاده گردید که مقدار آن ۰/۷۰ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این ابزار در نمونه مورد پژوهش است.

مقیاس گرایش به بخشش هارتلند^۲ (HFS): این مقیاس، توسط تامپسون^۳ و همکاران (۲۰۰۵) طراحی شده است و یک ابزار ۱۸ گویه‌ای است که سه بعد بخشش خود (۶ گویه)، بخشش دیگران (۶ گویه) و بخشش جامعه (۶ گویه) را می‌سنجد. نمره‌گذاری به صورت در طیف هفت درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً همیشه غلط) تا ۷ (تقریباً همیشه صحیح) صورت می‌گیرد. نمره کلی مقیاس از مجموع نمره‌های خرده‌مقیاس‌ها به دست می‌آید که در دامنه‌ای بین ۱۸ تا ۱۲۶ قرار می‌گیرد. نمره بالاتر نشان‌دهنده بخشش بیشتر آزمودنی است. در پژوهش تامپسون و همکاران (۲۰۰۵)، میانگین ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های بخشش خود، دیگران و جامعه در سه مطالعه پی در پی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۸، ۰/۷۹ و ۰/۸۶ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. در بررسی پایایی این مقیاس، هاشمی شیخ شبنانی و همکاران (۱۳۸۹)، ضریب آلفای کرونباخ برای بخشش کلی ۰/۸۳ و برای خرده‌مقیاس‌های بخشش خود، دیگران و جامعه به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۴ و ۰/۵۶ به دست آوردند. از سویی، روایی ملاکی این مقیاس توسط هاشمی شیخ شبنانی و همکاران (۱۳۸۹) از طریق همبسته کردن این مقیاس با خرده‌مقیاس مقابله انطباقی پرسشنامه سبک‌های مقابله^۴ (CSQ) محاسبه شد. ضریب همبستگی مقیاس گرایش به بخشش هارتلند و سه خرده‌مقیاس بخشش خود، دیگران و جامعه را با سبک مقابله انطباقی به ترتیب برابر با ۰/۳۳، ۰/۱۸، ۰/۲۵ و ۰/۳۴ به دست آوردند که همگی معنی‌دار بودند. در پژوهش

1. Positive And Negative Affect Scale (PANAS)

2. Heartland Forgiveness Scale (HFS)

3. Thompson

4. Coping Style Questionnaire (CSQ)

حاضر، برای تعیین پایایی این ابزار از آلفای کرونباخ استفاده گردید که مقدار آن ۰/۷۸ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این ابزار در نمونه مورد پژوهش است.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۱ (CD-RISC): کانر و دیویدسون^۲ (۲۰۰۳)، با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۱ حوزه تاب‌آوری، این ابزار را تهیه کردند و معتقدند که این ابزار قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور است (محمدی، ۱۳۸۴). طراحی این ابزار دو هدف داشت، یکی برای تهیه مقیاسی برای سنجش تاب‌آوری در نمونه‌های بالینی و بهنجار و دیگری ارزیابی میزان تغییرات نمره‌های تاب‌آوری در پاسخ به درمان (کمپل-سیلس^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). این مقیاس یک ابزار ۲۵ سؤالی است که سازه تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (۰) تا کاملاً درست (۴) می‌سنجد. دامنه نمرات در این پرسشنامه بین ۰ تا ۱۰۰ قرار می‌گیرد. افرادی که نمره بالاتر از ۶۰ بگیرند، جزو افراد تاب‌آور محسوب می‌شوند و به طور کلی هر چه نمره فرد به ۱۰۰ نزدیک‌تر باشد، تاب‌آوری فرد بیشتر است. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تأیید کرده‌اند. همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرای مقیاس، کافی گزارش شده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). نادى نجف‌آبادی^۴ و همکاران (۲۰۱۳)، در پژوهشی روی دانشجویان علوم پزشکی اهواز پایایی این ابزار را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آوردند که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این ابزار در جامعه ایرانی می‌باشد. هم‌چنین، نادى نجف‌آبادی و همکاران (۲۰۱۳)، روایی این ابزار را با استفاده از روایی سازه محاسبه کردند و مقدار آن را ۰/۷۲ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی این ابزار از آلفای کرونباخ استفاده گردید که مقدار آن ۰/۷۴ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این ابزار در نمونه مورد پژوهش است.

خلاصه جلسات مداخله روان آموزشی متمرکز بر هیجان

در این پژوهش، مداخله روان آموزشی متمرکز بر هیجان شامل هشت جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بود که به صورت گروهی براساس پروتکل جلسات متمرکز بر هیجان گرینبرگ و گلر^۵ (۲۰۱۲) تدوین و طراحی شد. این جلسات هر هفته دو مرتبه اجرا گردید. خلاصه جلسات مداخله روان آموزشی متمرکز بر هیجان در جدول ۱ جهت ملاحظه ارائه گردید.

یافته‌های پژوهش

تعداد کل نمونه پژوهش ۳۰ زوج شهرستان چگنی بودند که در دو گروه آزمایش و کنترل هر گروه شامل ۱۵ زوج جای داده شده‌اند. میانگین سن در بین مردان ۳۶/۲۰ سال و در بین زنان ۳۲/۱۷ سال بود. هم‌چنین، میانگین طول مدت دوره ازدواج در گروه آزمایش ۷/۵۵ سال و گروه کنترل ۷/۴۱ سال مشاهده گردید. این دو گروه طی دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد آزمون قرار گرفته‌اند. جدول ۲، میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمودنی‌ها را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

1. Connor & Davidson-Resilience Scale (CD-RISC)

2. Connor & Davidson

3. Campbell-sills

4. Nadi NajafAbadi

5. Greenberg & Geller

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

مرحله متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
هیجان منفی	آزمایش	۲۷/۷۳	۵/۰۴	۲۵/۴۰	۴/۹۶
	کنترل	۲۷	۴/۵۳	۲۷/۲۰	۴/۵۳
بخشش خود	آزمایش	۲۴/۶۶	۶/۰۹	۲۷/۲۰	۶/۱۱
	کنترل	۲۵	۴/۴۸	۲۵/۲۰	۴/۹۳
بخشش دیگران	آزمایش	۲۳/۵۳	۴/۵۳	۲۵/۶۰	۴/۲۸
	کنترل	۲۳	۴/۲۴	۲۳/۰۶	۳/۹۵
بخشش جامعه	آزمایش	۲۰/۴۶	۳/۳۷	۲۲/۸۰	۲/۹۸
	کنترل	۱۹/۹۳	۳/۲۶	۲۰	۲/۹۰
تاب‌آوری	آزمایش	۴۷/۶۶	۹/۲۹	۵۰/۷۳	۹/۰۴
	کنترل	۴۷/۷۳	۱۰/۱۶	۴۸	۱۰/۱۴

در این پژوهش، قبل از بررسی اثربخشی مداخله روان آموزشی متمرکز بر هیجان در هیجان‌های منفی، بخشایشگری و تاب‌آوری زوجین از آزمون ام باکس و جهت بررسی همگنی واریانس متغیرها از آزمون لوین استفاده شد. جدول ۳، نتایج آزمون‌های ام باکس و همگنی واریانس بین متغیرهای وابسته پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج آزمون ام باکس و آزمون لوین جهت برابری واریانس خطای متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایشی و کنترل

متغیر وابسته	ام باکس	df1	df2	F	p
هیجان منفی	F=۰/۴۶ P=۰/۹۶۰	۱	۲۸	۰/۹۴	۰/۳۳۹
بخشش خود		۱	۲۸	۴/۳۳	۰/۰۵۶
بخشش دیگران		۱	۲۸	۰/۰۳	۰/۸۴۵
بخشش جامعه		۱	۲۸	۱/۶۰	۰/۲۱۵
تاب‌آوری		۱	۲۸	۰/۱۷	۰/۶۸۰

نتایج مندرج در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که آزمون لوین در متغیرهای هیجان‌های منفی، بخشایشگری و تاب‌آوری غیرمعنی‌دار است. بنابراین، واریانس خطای پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش به طور معنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. هم‌چنین، آزمون ام باکس جهت بررسی شرط همگنی ماتریس-کواریانس به عمل آمد که با توجه به عدم معنی‌داری آن در این پژوهش، این شرط رعایت شده است ($p \geq ۰/۹۶۰$). برای بررسی تأثیر مداخله روان آموزشی متمرکز بر هیجان در هیجان‌های منفی، بخشایشگری و تاب‌آوری زوجین از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری برای مقایسه نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته پژوهش گروه‌های آزمایش و کنترل

آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	p
اثر پیلایی	۰/۹۰	۳۴/۹۳	۵	۱۹	۰/۰۰۱
لمبدای ویلکز	۰/۰۹	۳۴/۹۳	۵	۱۹	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۹/۱۹	۳۴/۹۳	۵	۱۹	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۹/۱۹	۳۴/۹۳	۵	۱۹	۰/۰۰۱

با توجه به مندرجات جدول ۴، بین گروه‌های آزمایشی و کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی دقیق‌تر این اثر، تحلیل کواریانس یک‌راهه در متن تحلیل کواریانس روی متغیرهای وابسته انجام شد. جدول ۵، نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه در متن تحلیل کواریانس را برای مقایسه نمره‌های پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون‌های همه متغیرهای وابسته، در گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه در متن مانکوا برای مقایسه پس‌آزمون متغیرهای پژوهش گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر	توان آزمون
هیجان منفی	۴۶/۰۶	۱	۴۶/۰۶	۴۵/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱
بخشش خود	۴۰/۴۰	۱	۴۰/۴۰	۳۷/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
بخشش دیگران	۳۰/۷۳	۱	۳۰/۷۳	۳۳/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱
بخشش جامعه	۴۲/۰۵	۱	۴۲/۰۵	۵۲/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
تاب‌آوری	۵۶/۳۷	۱	۵۶/۳۷	۴۴/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهند با کنترل پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل در هیجان منفی ($F=45/89$ و $P \leq 0/001$)، بخشش خود ($F=37/87$ و $P \leq 0/001$)، بخشش دیگران ($F=33/62$ و $P \leq 0/001$)، بخشش جامعه ($F=52/54$ و $P \leq 0/001$) و تاب‌آوری ($F=44/97$ و $P \leq 0/001$) تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. به عبارت دیگر، مداخله روان‌آموزشی متمرکز بر هیجان در هیجان‌های منفی، بخشایشگری و تاب‌آوری زوجین تأثیر معنی‌داری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی مداخله روان‌آموزشی متمرکز بر هیجان در هیجان‌های منفی، بخشایشگری و تاب‌آوری زوجین بود. نتایج به دست آمده از تحلیل داده‌ها نشان داد که مداخله روان‌آموزشی متمرکز بر هیجان باعث کاهش نمرات آزمودنی‌ها در هیجان منفی زوجین شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های رئیس‌ی سرشنیزی و رئیس‌ی سرشنیزی (۱۴۰۲) و آرتنگ و ایزدی (۱۴۰۱) همخوان است. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار با تمرکز بر هیجان‌ات و مدیریت هیجان‌ات منجر به تجارب اصلاحی در موقعیت‌ها می‌شود؛ به گونه‌ای که زوجین هنگام روبرو شدن با موقعیت‌های زندگی که احتمال قضاوت شدن و بروز تعارض و مشکل در آن وجود دارد،

تجربه‌های هیجانی ناخوشایند شدت قبل را نخواهند داشت و این امر باعث می‌شود که پس از مواجه شدن با رویداد خاص و مشکلات زندگی، هیجانات منفی کمتری بروز داده و نتایج مثبت‌تری از آن رویداد بگیرند یا لاقلاً کمتر بر هیجانات منفی رویداد تمرکز داشته باشند (هابرمن^۱ و همکاران ۲۰۱۹). درمان هیجان‌مدار با افزایش آگاهی هیجانی باعث می‌شود، عادی‌سازی رخ داده و زوجین درک نمایند که هیجانات منفی و مثبت را همه افراد تجربه می‌کنند، وجود آن‌ها باعث بروز مشکل نمی‌شود و آن‌ها فقط باید بتوانند آن هیجانات را مدیریت نمایند (ورنر^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). پس از پشت سر گذاشتن جلسات درمان هیجان‌مدار در شرایطی که افراد تحت تأثیر هیجانات قرار می‌گیرند، معمولاً ابتدا روی فهم تجربه‌های هیجانی خود تمرکز کرده و براساس فهم خود از هیجان لحظه‌ای سعی می‌کنند واکنش سازنده‌ای از خود بروز دهند و از هیجانات منفی بکاهند (گلیستی^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). درمان هیجان‌مدار نوعی رویکرد سیستمی است که در آن درمانجویان به تجربه کردن، آگاهی بخشیدن و پردازش هیجانات‌شان سوق داده می‌شوند و هیجان‌ها در این رویکرد به صورت قدرتمند، سالم، آگاهی‌بخش و سامان‌دهنده و انکار کردن هیجان و نیازها به عنوان مشکل نگریسته می‌شود. در واقع، ساختارهای جدید هیجان و پردازش و توجه به هیجانات به افراد کمک می‌کند به سمت وضعیت جدیدی از رابطه‌شان حرکت کنند، وضعیتی که دل‌بستگی ایمن را افزایش می‌دهد و درمان هیجان‌مدار این کار را با برانگیختن تأیید، ابراز و پذیرش هیجان، تجربیات عاطفی در دسترس و پردازش مجدد واکنش‌های عاطفی اساسی در تعاملات انجام داده و در کاهش هیجانات منفی مؤثر است.

نتایج به دست آمده از تحلیل داده‌ها نشان داد که مداخله روان آموزشی متمرکز بر هیجان باعث بهبود نمرات آزمودنی‌ها در بخش‌بیشگری زوجین شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های سیفی قوزلو و همکاران (۱۴۰۳)، نجاری فروشانی و نامدارپور (۱۴۰۲) و گلدنبرگ و همکاران (۲۰۱۱) همخوان است. در تبیین نتیجه اثربخشی مداخله هیجان‌مدار بر بخش‌بیشگری می‌توان بیان داشت که درمان هیجان‌مدار بر این عقیده استوار است که هیجانات اغلب توسط افراد غیرقابل درک و نفوذ هستند، افراد نمی‌توانند احساسات منفی خود را دور بزنند، باید آن‌ها را تشویق کرد که دوباره با آن احساسات تماس داشته باشند و درک مثبتی از آن‌ها پیدا کنند. بنابراین، وقتی افراد درک خود را در مورد یک شخص یا رویداد تغییر دهند، می‌توانند واکنش‌های هیجانی خود را به دنبال آن تغییر دهند (گرینبرگ^۴، ۲۰۱۴). در درمان هیجان‌مدار، چنین اهدافی در درمان دنبال می‌شود و به دنبال آن تغییرات مثبت در مشکلات ارتباطی زوجین اتفاق می‌افتد و تمایل به گذشت و بخشش در آن‌ها افزایش می‌یابد. در این مداخله، به زوجین آموزش داده می‌شود که هیجانات خود را شناسایی کنند و بتوانند آن‌ها را برچسب بزنند که این امر برای شناسایی هیجانات ناسازگار کمک‌کننده است. این تکالیف به آن‌ها کمک می‌کند تا یاد بگیرند که هیجانات ناسازگار خود را کنار بگذارند و هیجان مناسب‌تری را جایگزین کنند. در طول جلسات، درمانگر با همدلی که با مراجع دارد به حس اعتماد او کمک می‌کند و باعث روی کار آمدن هیجانات بیان شده

1. Haberman

2. Werner

3. Glisenti

4. Greenberg

و فروخورده می‌شود که می‌توان از طریق انعکاس به موقع نیز به درمانجو حس پذیرفته شدن و شنیده شدن القا کرد. همچنین، با استفاده از تکنیک‌هایی مانند معتبرسازی به درمانجو نشان داده می‌شود که پاسخ‌های هیجانی‌شان پذیرفتنی است که به آن‌ها نشان می‌دهد تجارب بلوکه شده را می‌توانند به دور از قضاوت و سرزنشگری بیان کنند. بنابراین می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار بر بخشش مؤثر است (گرایلی و همکاران، ۱۳۹۸). در درمان هیجان‌مدار، تأکید اصلی بر مشارکت هیجانات در الگوهای دائمی ناسازگاری در زوجین می‌باشد. تلاش این رویکرد آشکار ساختن هیجانات آسیب‌پذیر در هر کدام از زوجین و تسهیل توانایی زوجین در ایجاد این هیجانات به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز می‌باشد. پردازش این هیجانات در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم‌تر و جدیدتر را به وجود می‌آورد که سبب آرام شدن سطح آشفتگی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و در نهایت بخشایشگری زوجین نسبت به یکدیگر می‌باشد.

نتایج به دست آمده از تحلیل داده‌ها نشان داد که مداخله روان آموزشی متمرکز بر هیجان باعث افزایش نمرات آزمودنی‌ها در نمرات تاب‌آوری زوجین شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های وجدانی و همکاران (۱۴۰۳)، زارعی و اسمعیل‌زاده (۱۴۰۳)، دریای لعل و همکاران (۱۴۰۱) و ویب و جانسون (۲۰۱۷) همخوان است. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار به علت ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله به مرحله، می‌تواند بر تاب‌آوری زوجین اثربخش باشد. این درمان در اولین مرحله به ارزیابی سبک ارتباطی می‌پردازد و پس از این که دفاع‌ها آشکار شدند، این سبک را برای فرد آشکار ساخته و پیامدهای آن را مشخص می‌سازد. به همین دلیل افراد به مرور موفق می‌شوند تا هیجانات سرکوب شده و آشکاری که چرخه منفی ارتباطی را تداوم می‌بخشند، بشناسند و این چرخه را بهبود بخشند. تأکید درمان هیجان‌مدار بر روش دلبستگی‌های سازگارانه و ایمن از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود و اطرافیان است که موجب افزایش تاب‌آوری در افراد می‌شود. درمان هیجان‌مدار، به عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجانات باعث برخورد مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌ها را به همراه دارد. بنابراین، این درمان می‌تواند با آگاه کردن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها نقش مهمی در تاب‌آوری داشته باشد (امجدیان و همکاران، ۱۴۰۲). درمان هیجان‌مدار با ایجاد تعاملات سازنده بین زوجین و شناسایی الگوهای دلبستگی ایمن باعث رضایتمندی و کاهش تحریف‌های شناختی در آنان می‌شود. هدف درمان هیجان‌مدار کمک به مراجعین در دستیابی به هیجان‌های نهفته و تسهیل تعاملات مثبت است که این موارد به نوبه خود باعث افزایش تاب‌آوری افراد می‌گردند (آذرنيوشان، ۱۳۹۱). در درمان هیجان‌مدار تلاش بر آن است تا در جریان درمان، زوجین تشویق شوند تا افکار ناراحت‌کننده خود را مورد سؤال قرار داده و خودگویی‌های جایگزین برای مقابله با این هیجانات و نشخوارهای فکری که سبب آشفتگی هم از لحاظ جسمانی و روانی می‌شود را برطرف نماید. پرداختن به این موضوعات در جلسات مداخله هیجان‌مدار منجر به بهبود تاب‌آوری زوجین می‌شود.

در نهایت، در نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت مداخله روان آموزشی متمرکز بر هیجان در هیجان‌های منفی، بخشایشگری و تاب‌آوری زوجین اثربخش بوده است. بر همین اساس و با تکیه بر نتایج این پژوهش، چنین به نظر می‌رسد که درمان هیجان‌مدار، در رویارویی با مشکلات زندگی زناشویی و برای داشتن روابط بهتر و بدون تعارض، ضرورت دارد. مدیریت

هیجان‌ات، عامل مؤثری در مقابله با مشکلات زندگی زوجین می‌تواند باشد. در مورد محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت که مسائل مربوط به ازدواج و طلاق، موضوعی چندبعدی و وابسته به فرهنگ و نژاد و دارای وابستگی‌های خاص قومی است. بنابراین، به دلیل تنوع و گستردگی قومی و نژادی و مذهبی در ایران، پژوهش‌های آتی باید این نکته را مدنظر قرار دهد. همانند بیشتر پژوهش‌های دیگر از ابزار خودگزارشی برای اندازه‌گیری سازه‌های موردنظر استفاده شد و به همین دلیل ممکن است داده‌های دقیقی در مورد متغیرهای اندازه‌گیری شده به دست نیامده باشد. عدم سنجش اهداف پژوهش در مرحله پیگیری مانع از نتیجه‌گیری درباره ماندگاری اثرات آموزشی شده است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده برای به دست آوردن نتایج پایاتر، از روش‌های دیگر مانند مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود. پیشنهاد می‌شود برنامه هیجان‌مدار مورد توجه درمانگران حوزه خانواده برای کاهش مشکلات زوجین قرار گیرد. با توجه به اثربخشی مداخله متمرکز بر هیجان در هیجان‌ات منفی، بخشایشگری و تاب‌آوری زوجین، می‌توان از این مداخله برای ارتقای سلامت روانشناختی و عملکرد بهتر زوجین در مراکز مشاوره خانواده بهره برد.

منابع

- امجدیان، فرزانه، جعفری، اصغر و قمری، محمد (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و آموزش شفقت به خود در تاب‌آوری و کاهش آسیب‌پذیری روانی-بدنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری (خواندن و نوشتن). فصل‌نامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۵۵(۵)، ۱۸۳-۱۵۱. DOI: 10.22054/QCCPC.2023.69499.2989
- آزادبوشان، بهزاد، به‌پژوه، احمد و غباری بناب، باقر (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. فصل‌نامه کودکان استثنایی، ۲(۱۲)، ۱۵۸-۱۶۶. 20.1001.1.16826612.1391.12.2.1.8
- آرتنگ، هستی و ایزدی، فاطمه (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر پردازش اطلاعات هیجانی و تحریف‌های شناختی بین فردی در زنان با نشانه‌های بدنی شهر اصفهان. تحقیقات علوم رفتاری، ۲۰(۱)، ۶۰-۷۳. 10.52547/rbs.20.1.60
- بخشی‌پور، عباس و دژکام، محمود (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. مجله روانشناسی، ۹(۴)، ۳۵۱-۳۶۵. <https://www.sid.ir/paper/54494/fa>
- خانجانی، مهدی و رضایی، سعید (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر بر افزایش بهزیستی روانشناختی، عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی مادران دارای کودک با اختلال اوتیسم. توانمندسازی کودکان استثنایی، ۷(۱۷)، ۳۷-۵۲. https://www.ceciranj.ir/article_63643.html
- دریای لعل، آریتا، اکبری، بهمن و صادقی، عباس (۱۴۰۱). اثربخشی مدل گاتمن و درمان هیجان‌مدار بر احساس تنهایی و تاب‌آوری زوجین. فصل‌نامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۲)، ۱۸۸-۲۰۵. 10.22034/aftj.2022.314749.1259
- رئیزی سرتشنیزی، مجتبی و رئیزی سرتشنیزی، آمنه (۱۴۰۲). بررسی تأثیر مشاوره زوجی هیجان‌مدار بر استرس زناشویی و هیجان‌ات منفی زوجین. خانواده‌درمانی کاربردی، ۴(۵)، ۲۲۲-۲۳۴. 10.22034/aftj.2023.390270.1987
- زارعی، بهاره و اسمعیل‌زاده، فروزان (۱۴۰۳). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر اضطراب مرگ و تاب‌آوری سالمندان. روانشناسی پیری، ۱۰(۲)، ۲۴۳-۲۶۲. 10.22126/jap.2024.10598.1776

سیفی قوزلو، سیدجواد، صدری دمیچی، اسماعیل، رضایی شریف، علی و شیخ‌الاسلامی، علی (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی و هیجان‌مدار بر مشکلات ازدواج و بخشش در زنان متقاضی طلاق. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۵(۱)، ۲۷۷-۲۹۶. DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.338349.644182>

طهماسبی، حسین و خرم‌آبادی، یداله (۱۴۰۳). پیش‌بینی رضایت زناشویی زنان براساس وظیفه‌شناسی، همدلی زناشویی و بخشش زناشویی. رویش روانشناسی، ۱۳(۵)، ۲۱۹-۲۲۸. URL: <http://frooyesh.ir/article-۱۵۰۳۵-fa.html>

علیزاده گورادل، جابر، مولایی، مهری و پوراسمعی، اصغر (۱۳۹۵). نقش هوش هیجانی و عاطفه مثبت و منفی در تاب‌آوری زنان باردار نخست‌زا. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۸(۵)، ۲۴۳-۲۵۸. DOI: [10.22038/jfmh.2016.7439](https://doi.org/10.22038/jfmh.2016.7439)

گرایلی، مزگان، آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا و اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد (۱۳۹۸). اثربخشی روان‌درمانی گروهی هیجان‌مدار بر افزایش امید و بخشودگی بین فردی در نشانگان ضربه عشق. پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۹(۲)، ۸۷-۱۰۰. DOI: [10.22067/ijap.v9i2.6822](https://doi.org/10.22067/ijap.v9i2.6822)

محمدی، مسعود (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء‌مصرف مواد. پایان‌نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

مرادی، مرتضی، باقرپور، مهدی، حسوند، محمدحسن، رضاپور مصطفی و شهاب‌زاده، صدیقه (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای حرمت خود و عواطف مثبت و منفی در رابطه بین تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی. فصل‌نامه روانشناسی تحولی، ۱۲(۴۷)، ۲۸۹-۳۰۵. https://journals.iau.ir/article_522548.html

نجاری فروشانی، سمانه و نامداریپور، فهمیه (۱۴۰۲). تأثیر درمان هیجان‌مدار بر بخشودگی و صمیمیت زناشویی در زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره. اولین همایش ملی زیستن با کیفیت از منظر روانشناسی، مشاوره و مددکاری اجتماعی، خمینی‌شهر. <https://civilica.com/doc/1689639>

وجدانی، نجمه، احمدیات، حمزه، یاراحمدی، یحیی و کریمی، کیومرث (۱۴۰۳). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری و تنظیم هیجانی زنان تحت خشونت خانگی. فصل‌نامه پویایی‌های روانشناختی در اختلال خلقی، ۳(۲)، ۲۳-۳۶. JR_PDMD-3-2_003

هاشمی شیخ‌شبان، سیداسماعیل، امینی، فاطمه و بساک نژاد، سودابه (۱۳۸۹). بررسی رابطه علی بخشش و بهزیستی روانشناختی با توجه به نقش میانجی عواطف در دانشجویان دانشگاه. مجله دست‌آوردهای روانشناختی، ۴(۱)، ۳۳-۵۲. https://psychac.scu.ac.ir/article_11655.html

Aivalioti, I., & Pezirkianidis, C. (2020). The role of family resilience on parental well-being and resilience levels. *Psych*, 11(11), 1705-1728. <https://doi.org/10.4236/psych.2020.1111108>

Alnawas, I., Al Khateeb, A., Abu Farha, A., & Ndubisi, N. O. (2023). The effect of service failure severity on brand forgiveness: The Moderating role of interpersonal attachment styles and thinking styles. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 35(5), 1691-1712. <https://doi.org/10.1108/IJCHM-03-2022-0290>

Bodenmann, G., Kessler, M., Kuhn, R., Hocker, L., & Randall, A. K. (2020). Cognitive-behavioral and emotion-focused couple therapy: Similarities and differences. *Clin Psychol Eur*, 2(30), 1-10. DOI: [10.32872/cpe.v2i3.2741](https://doi.org/10.32872/cpe.v2i3.2741)

Campbell-Sills, L., Cohen, S. H. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship or resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Journal of Behaviors Research and Therapy*, 44, 585-599. DOI: [10.1016/j.brat.2005.05.001](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.001)

- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety*, 18, 76-82. DOI: 10.1002/da.10113
- Fradelos, E. C., Latsou, D., Mitsi, D., Tsaras, K., Lekka, D., Lavdaniti, M., Tzavella, F., & Papathanasiou, I. V. (2018). Assessment of the relation between religiosity, mental health, and psychological resilience in breast cancer patients. *Contemporary Oncology*, 22(3), 172-177. <https://doi.org/10.5114/wo.2018.78947>
- Fuchshuber, J., Hiebler-Ragger, M., Kresse, A., Kapfhammer, H. P., & Unterrainer, H. F. (2018). Depressive symptoms and addictive behaviors in young adults after childhood trauma: The mediating role of personality organization and despair. *Frontiers in Psychiatry*, 9(3), 302-318. DOI:10.3389/fpsy.2018.00318
- Ganz, M. B., Rasmussen, H. F., McDougall, T. V., Corner, G. W., Black, T. T., & De Los Santos, H. F. (2022). Emotionally focused couple therapy within VA healthcare: Reductions in relationship distress, PTSD, and depressive symptoms as a function of attachment-based couple treatment. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 11, 15-32. <https://doi.org/10.1037/cfp0000210>
- Girard, A., Connor, J. J., & Woolley, S. R. (2020). An exploratory study of the role of infidelity typologies in predicting attachment anxiety and avoidance. *Journal of Marital and Family Therapy*, 46(1), 124-134. DOI: 10.1111/jmft.12371
- Glisenti, K., Strodl, E., King, R., & Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: A pilot randomized wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders*, 9, 1-15. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00358-5>
- Goldenberg, I., Stanton, M., & Goldenberg, H. (2011). *Family therapy: An overview*. Boston, MA: Cengage Learning.
- Greenberg, L. (2014). The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*, 51(3), 350-357. <https://doi.org/10.1037/a0037336>
- Greenberg, L. S., & Geller, S. M. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Haberman, A., Shahar, B., Bar-Kalifa, E., Zilcha-Mano, S., & Diamond, G. M. (2019). Exploring the process of change in emotion-focused therapy for social anxiety. *Psychotherapy Research*, 29(7), 908-918. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1426896>
- Kumar, S. A., Franz, M. R., DiLillo, D., & Brock, R. L. (2023). Promoting resilience to depression among couples during pregnancy: The protective functions of intimate relationship satisfaction and self-compassion. *Family Process*, 62(1), 387-405. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/famp.12788>
- Majumder, P., Dorai, D. R., Gopinathan, B., Pal, A., Mozumder, A. H., Mallik, S., et al. (2024). Balancing acts: A multi-criteria decision-making exploration of psychological factors in marital conflict and intervention strategies. <http://dx.doi.org/10.21203/rs.3.rs-3935051/v1>
- Nadi Najafabadi, F., Nazari Chegeni, A., & Bassaknejad, S. (2013). Design and test a model of the relationship between negative life events and mental health with resiliency and social support mediation

in female medical sciences students at Jundishapour University of Ahvaz. *Jentashapir J Health Res*, 4(6), 483-494. <https://brieflands.com/articles/jjcmb-94184.pdf>

Paulus, D. J., Heggeness, L. F., Raines, A. M., & Zvole-nsky, M. J. (2020). Difficulties regulating positive and negative emotions in relation to coping motives for alcohol use and alcohol problems among hazardous drinkers. *Addictive Behaviors*, 337, 326-333. DOI: 10.1016/j.addbeh.2020.106781

Qiu, S., Hannigan, B., Keogh, D., & Timulak, L. (2020). Learning emotion-focused therapy: Certified emotion-focused therapists' perspectives. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 19(4), 310-330. <https://doi.org/10.1080/14779757.2020.1717989>

Su, L., Pan, L., & Huang, Y. (2023). How does destination crisis event type impact tourist emotion and forgiveness? The moderating role of destination crisis history. *Tourism Management*, 94, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2022.104636>

Thompson, L. Y., Snyder, C. R., Hoffman, L., Michael, S. T., Rasmussen, H. N., Billings, L. S., et al. (2005). Dispositional forgiveness of self, others, and situations. *Journal of Personality*, 73, 313-359. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2005.00311.x

Wang, Y., Qiu, Y., Ren, L., Jiang, H., Chen, M., & Dong, C. (2024). Social support, family resilience and psychological resilience among maintenance hemodialysis patients: A longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 24(1), 76-84. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05526-4>

Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219-225. DOI: 10.1037//0033-2909.98.2.219

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *J Pers Soc Psychol*, 54(6), 1063-1070. DOI: 10.1037//0022-3514.54.6.1063

Weiss, N. H., Goncharenko, S., Raudales, A. M., Schick, M. R., & Contractor, A. A. (2021). Alcohol to down-regulate negative and positive emotions: Extending our understanding of the functional role of alcohol in relation to posttraumatic stress disorder. *Addictive Behaviors*, 337, 326-328. DOI: 10.1016/j.addbeh.2020.106777

Werner, A. M., Tibubos, A. N., Rohrmann, S., & Reiss, N. (2019). The clinical trait self-criticism and its relation to psychopathology: A systematic review-Update. *Journal of Affective Disorders*, 246, 530-547. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.069>

Wiebe, S. A., & Johnson, S. M. (2017). Creating relationships that foster resilience in Emotionally Focused Therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 65-69. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.05.001>

Zhang, C., & Liang, Y. (2023). The impact of education level on marital satisfaction: Evidence from China. *Social Sciences & Humanities Open*, 7(1), 1-10. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2023.100487>

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس

Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety, Quality of Life, and Psychological Distress in Patients with MS

Abstract

Background and Objective: Multiple sclerosis (MS) is an autoimmune disease that targets the central nervous system. This study aimed to compare the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on anxiety, quality of life, and psychological distress in patients with MS.

Method: The research method was a quasi-experimental design with a pretest-posttest design with two experimental groups and a control group. The statistical population was all patients with MS who referred to medical centers and the MS Association of North Khorasan Province during the first six months of 2024. From the statistical population, 45 patients were selected purposefully and randomly assigned to two experimental groups and a control group. The research instruments were Beck Anxiety Inventory (1988), World Health Organization Quality of Life (1996), and Kessler Psychological Distress (2003).

Findings: The findings showed that compassion-focused therapy and acceptance and commitment-based therapy are effective on anxiety, quality of life, and psychological distress in patients with MS ($p < 0.05$). Also, compassion-focused therapy is more effective on quality of life and psychological distress in patients with MS ($p < 0.05$).

Conclusion: Given the effectiveness of both treatment methods, it is suggested that these treatments be given more attention in controlling the psychological symptoms of patients with MS.

Keywords: : Compassion-focused therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Anxiety, Quality of life, Psychological distress, MS

چکیده

زمینه و هدف: مولتیپل اسکلروز (ام اس) یک بیماری خود ایمنی است که سیستم عصبی مرکزی را هدف قرار می‌دهد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس انجام شد. روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی بیماران مبتلا به ام اس مراجعه کننده به مراکز درمانی و انجمن ام اس استان خراسان شمالی در بازه زمانی شش ماهه اول سال ۱۴۰۳ بودند. از جامعه آماری تعداد ۴۵ بیمار به صورت هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در ۲ گروه آزمایش و یک گروه گواه جایدهی شدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های اضطراب بک (۱۹۸۸)، کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) و پریشانی روان‌شناختی کسلر (۲۰۰۳) بود. یافته‌ها: یافته‌ها نشان که درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است ($p < 0.05$). همچنین درمان متمرکز بر شفقت اثربخشی بیشتری بر کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس دارد ($p < 0.05$). نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی هر دو روش درمانی، پیشنهاد می‌شود این درمان‌ها در کنترل علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس بیشتر مورد توجه قرار گیرند.

کلید واژه: تحلیل رفتار متقابل، استرس تحصیلی، صمیمیت اجتماعی، دانش آموز ناسازگار.

تاریخ ارسال: ۱۴۰۲/۱۱/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۰۵

مقدمه

مولتیپل اسکلروز^۱ (ام اس) یک بیماری خود ایمنی است که سیستم عصبی مرکزی را هدف قرار می دهد و موجب تخریب میلین و آسیب به آکسون های مغز و نخاع می شود (هانکوک، راثو و گالیوتو^۲، ۲۰۲۴)، درگیر شدن ماده سفید و خاکستری مغز علائم و نشانگان بالینی را ایجاد می کند که باعث نقص های جسمانی، ناتوانی و تغییرات شناختی و روانی می شود و ماهیت خودایمنی دارد؛ به این معنی که دستگاه ایمنی بدن، علیه قسمتی دیگر از بدن به عنوان یک عامل بیگانه واکنش غیرعادی نشان می دهد (درتاج، علی اکبری دهکردی، مقدسی و علی پور، ۱۴۰۰). این آسیب توانایی بخش هایی از سیستم عصبی را در انتقال سیگنال ها مختل می کند و در نتیجه طیف وسیعی از علائم و نشانه ها از جمله مشکلات جسمی، روحی و گاه روانپزشکی ایجاد می شود (تامپسون، بانول، بارخوف^۳، ۲۰۱۸). دامنه سنی شروع این بیماری بین ۲۰ تا ۴۰ سال با میانگین سنی ۳۰ سال است و میزان شیوع آن در زنان دو تا سه برابر مردان است (ژنگ، جیانگ، هوانگ و وانگ^۴، ۲۰۲۴). بیماری ام اس با نسبت ابتلا ۲ تا ۳ برابری زنان به مردان (دابسون و گیووانونی^۵، ۲۰۱۹)، اغلب در بزرگسالان ۱۵ تا ۵۰ سال بروز می نماید (یوسفی، ضرغام حاجبی، سراوانی، ۱۴۰۰). بیماری مولتیپل اسکلروزیس منجر به ناتوانی و ایجاد انواع اختلال های حسی و حرکتی در فرد بیمار می شود (شمس، پاشنگ، صداقت، ۱۴۰۰). و با مشکلاتی مانند شدت و دفعات عود بیماری، پایین بودن حمایت اجتماعی ادراک شده، اضطراب و مشکلات عاطفی و اقتصادی، و اختلال های روانشناختی همراه است (بندیکت، آماتو، دلوکا^۶، ۲۰۲۰).

مطالعات انجام شده، نشان می دهد که اضطراب یکی از مهمترین عامل بیماری ام اس می باشد و اضطراب می تواند ۱۵/۸ تا ۵۷ درصد از بیماران مبتلا به ام اس را تحت تأثیر قرار دهد (تایول و همکاران، ۲۰۲۴). اضطراب احساس ناخوشی، نگرانی یا تنش است که در پاسخ به شرایط تهدیدکننده یا فشارزا ارائه میشود که منبع آن قابل شناسایی نبوده و با تغییرات جسمانی مانند تپش قلب، سردرد و تنگی نفس همراه است (کوو^۷ و همکاران، ۲۰۲۴). اضطراب به صورت معمول جنبه آسیب شناختی ندارد و به عنوان پاسخی سازگارانه به بسیاری از موقعیت ها در نظر گرفته می شود و در

¹ Multiple sclerosis

² Hancock, Rao and Gallioto

³ Thompson, Banwell, Barkhoff

⁴ Zheng, Jiang, Huang and Wang

⁵ Dobson and Giovannoni

⁶ Benedict, Amato, DeLuca

⁷ Ko

شرایطی که با عملکرد فرد تداخل کند ناسازگارانه است (فیشستروم^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). اضطراب ناسازگارانه نیز در بهزیستی عمومی، مهارت‌های اجتماعی تحولی و زندگی اجتماعی افراد تداخل میکند و با مشکلات منفی متعددی شامل کاهش کیفیت زندگی و نقص در کارکردهای شناختی مرتبط است (سیمارد^۲ و همکاران، ۲۰۲۲).

اکثر افراد مبتلا به ام اس که از اضطراب رنج می‌برند، مدت بیماری کوتاه‌تر، سطح ناتوانی کمتر و سن شروع بیماری پایین‌تر دارند که پیامدهای آن برای بیماران شامل کاهش کیفیت زندگی است (جعفری و همکاران، ۱۴۰۲). کیفیت زندگی به عنوان یکی از مهم‌ترین اهداف بهداشتی برای ارتقاء سلامت افراد و مراقبت از سلامتی، از جمله مهمترین ابعاد موثر در جهت بهبود زندگی افراد ناتوان و دارای بیماری‌های خاص شناسایی شده است (کوپایسکو و همکاران، ۲۰۲۴). کیفیت زندگی مطلوب به شرایطی اطلاق می‌شود که فرد از نظر اقتصادی، عاطفی، جنسی، فرهنگی، اجتماعی و معنوی احساس رضایت داشته باشد (کانگ و لی، ۲۰۲۴)، و ابعاد فیزیکی، اجتماعی و روانی دارد و در واقع احساسی است که فرد مبتلا از شرایط زندگی‌اش تحت تأثیر بیماری خود دارد (تتولی و بی‌هارواج، ۲۰۲۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین بیماری ام اس و کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد و علائم جسمی و مشکلات جسمانی به طور مستقیم بر تمامی ابعاد کیفیت زندگی بیمار تأثیر می‌گذارند (کولتونیوک و همکاران، ۲۰۲۲).

از دیگر اختلالات روانی که افراد مبتلا به ام اس با آن مواجه‌اند، پریشانی روانشناختی است (تشر، ۲۰۲۰). پریشانی روانشناختی ناراحتی خاص و حالت هیجانی است که توسط افراد به طور موقت یا دائم در پاسخ به عوامل تنیدگی‌زا و مزمن تجربه می‌شود (سونگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). افزون بر این، پریشانی روانشناختی حالات ذهنی ناخوشایند افسردگی و اضطراب است که هر دو علائم هیجانی و فیزیولوژیکی را دارد (دانش‌نیا و همکاران، ۱۳۹۹). پریشانی روانشناختی به دلیل ایجاد اختلال در سلامت روان و پردازش شناختی و هیجانی کارآمد، ممکن است عملکرد اجتماعی و زندگی روزمره افراد را تحت تأثیر قرار دهد (کیو و همکاران، ۲۰۲۴). بر این اساس پژوهشگران بر این باورند که پریشانی روانشناختی از یک منظر همان میزان اضطراب، افسردگی و استرسی است که فرد تجربه می‌کند (یو، لی، ژو و کائو^۴، ۲۰۲۲). به عبارت دیگر، پریشانی روانی برای توصیف دوره‌ای کوتاه‌مدت اما حاد از یک آشفتگی خاص روانی به کار می‌رود که ابتدا با مشخصه‌های افسردگی یا اضطراب تظاهر می‌کند و می‌تواند نوعی نابهنجاری تلقی شود که مسئول تفکر و رفتار ناسازگارانه بوده و نیازمند مداخله تخصصی است (باکستر و همکاران، ۲۰۲۴). در این شرایط شور و شوق

¹ Fishstrom

² Simard

³ Song

⁴ Yu

زندگی کاهش یافته، احساس دلشکستگی و ناامیدی به حاکمیتی غالب تبدیل می‌گردد پریشانی روانی شدید یک پیش‌بینی کننده برای بیماری‌های روانی جدی مثل اختلالات شدید افسردگی و اضطراب است (احمدی و همکاران، ۱۴۰۰).

بیماران مبتلا به ام‌اس درگیر مشکلات روان‌شناختی متعددی در حوزه‌های فردی، تعاملی و در ارتباط با بیماری می‌باشند. بر این اساس، ضروری است به منظور بهبود وضعیت روانی، کیفیت زندگی و سازش‌پذیری آن‌ها، برنامه‌ها و مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر این مشکلات تدوین و ارائه شود (مک‌گینلی و همکاران، ۲۰۲۱). یکی از این درمان‌ها استفاده از رویکرد درمانی متمرکز بر شفقت^۱ است (ابوطالبی و همکاران، ۱۴۰۱). درمان متمرکز بر شفقت از علوم عصب‌شناسی، روانشناسی اجتماعی، رشد و مدل‌های درمانی بسیاری برگرفته شده است که سه اصل ذهن‌آگاهی، مهربانی با خود و حس اشتراک با انسانیت را دربر می‌گیرد (جوهانسن^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ از این رو درمانگر از طریق ایجاد و افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، به آن‌ها کمک می‌کند (رضایی و ایزدی، ۱۴۰۳). اصول اساسی در درمان متمرکز بر شفقت، به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این عوامل درونی نیز آرام شود (فراسر و گریگوری^۳، ۲۰۲۴). طبق پژوهش‌های صورت گرفته عامل کلیدی و تاثیرگذار در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت استفاده از سازه‌های هشیار کننده نسبت به مشکل است؛ به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت نوعی راهبرد هیجان‌محور است، چرا که مراجعان را نسبت به هیجان خود آگاه می‌کند (محمودی و همکاران، ۱۴۰۲). مطالعات نشان داده که افرادی که از شفقت بالاتری نسبت به خود برخوردارند، سطوح پایین افسردگی، اضطراب و نشخوار را در موقعیت‌های اجتماعی چالش‌برانگیز تجربه می‌کنند و از رضایت زندگی بالاتری نیز برخوردارند (ورابل^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). در این راستا نتایج مطالعات نشان دهنده اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب (میرمعینی و همکاران، ۱۴۰۱)، کیفیت زندگی (رضائی و همکاران، ۱۳۹۹؛ سیمپسون و همکاران، ۲۰۲۲)، پریشانی روان‌شناختی (کاووسی و همکاران، ۱۴۰۰) بود.

رویکرد درمانی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این درمان مبتنی بر فلسفه زمینه‌گرایی عملکردی و نظریه چارچوب رابطه‌ای ذهنی است که بر چگونگی ایجاد رنج توسط ذهن انسان، روش‌های بی‌فایده مقابله با آن و نیز

¹ Compassion-focused therapy

² Johansen

³ Fraser and Gregory

⁴ Vrabell

رویکردهای زمینه‌ای جایگزین آن می‌پردازد (اوراموتو^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز کمتری بر روی نشانه‌ها داشته و بیشتر تمرکز خود را بر روی افزایش کیفیت زندگی افراد می‌باشد (هیز^۲، ۲۰۱۳). اثرگذاری این شیوه درمانی در درمان مشکلات روانشناختی نسبت به سایر درمان‌های موج سوم کارآمدی به نسبت بیشتری دارد تمایز و برتری آن به این خاطر است که از اصول زیربنایی مانند پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آنها و عمل مبتنی بر ارزش یا پابندی توأم با تمایل و عمل به عنوان اهداف معنادار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته استفاده می‌نماید (لوین^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرآیند مرکزی دارد که عبارتند از: پذیرش، گسلش خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (لوک^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). مزیت عمده این روش نسبت به روان درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (نعمت‌پور و همکاران، ۱۴۰۲). در واقع هدف این درمان تلاش برای دستیابی به یک زندگی پرمعنا و اصیل است تا در نهایت انعطاف‌پذیری روانی فرد افزایش یابد (پترسون^۵ و همکاران، ۲۰۲۴). نتایج مطالعات پیشین نشان دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب (ابراهیمی صدر و محمودعلیلو، ۱۴۰۱؛ صفری موسوی و همکاران، ۱۳۹۹؛ زاروتی و همکاران، ۲۰۲۲)، کیفیت زندگی (رضائی و همکاران، ۱۳۹۹؛ خلعتبری و همکاران، ۱۳۹۹؛ گدیک و ایدیمن، ۲۰۱۹، رودریگز و فرناندز، ۲۰۱۹). پریشانی روان‌شناختی (رهبر کرباسدهی و همکاران، ۱۳۹۹؛ وین و همکاران، ۲۰۱۹؛ جوزفن و همکاران، ۲۰۱۹) بود.

با توجه به اینکه هیچ پژوهشی در راستای مقایسه اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بیماران مبتلا به ام اس در دسترس نیست، در این پژوهش پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین حال، فرضیه اساسی آنها را که معتقدند این درمان‌ها بر اضطراب، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس مؤثر هستند را مورد بررسی قرار دهد و درمان روش مناسب برای این بیماران را مشخص نماید. بنابراین، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس تفاوت وجود دارد؟

¹ Oramoto

² Hayes

³ Levin

⁴ Luke

⁵ Peterson

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی بیماران مبتلا به ام اس مراجعه کننده به مراکز درمانی و انجمن ام اس استان خراسان شمالی در بازه زمانی شش ماهه اول سال ۱۴۰۳ بودند. از جامعه آماری تعداد ۴۵ بیمار به صورت هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در ۲ گروه آزمایش و یک گروه گواه جایدهی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش قرار داشتن در بازه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، سابقه ی ابتلا به ام اس حداقل به مدت سه سال، حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، عدم شرکت در جلسات مشاوره و روان درمانی فردی و یا گروهی بود و معیارهای خروج شامل عدم شرکت در بیش از ۱۰ درصد جلسات، ابتلا به سایر اختلالات روانی جدی، استفاده از داروهای روانپزشکی بودند.

ابزار

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه اضطراب^۱: پرسشنامه سنجش اضطراب بک، توسط دکتر بک (بنیان‌گذار شناخت درمانی) و همکارانش در سال ۱۹۸۸ تدوین شد. این پرسشنامه برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده است و شامل ۲۱ عبارت است که در برابر هر عبارت، چهار گزینه جهت پاسخ وجود دارد. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب انگیز قرار می‌گیرند، تجربه می‌کنند. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که این پرسشنامه از پایایی بالایی برخوردار است، ضریب همسانی درونی آن ۰/۹۲، پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی سوالات آن از ۰/۳ تا ۰/۷۶ متغیر است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). پرسشنامه اضطراب بک در پژوهش وزیری و همکاران (۱۳۹۴) با روایی ۰/۷۲، پایایی ۰/۸۳ و همسانی درونی ۰/۹۲ قابل دفاع است.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ابزار پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت مقیاسی است که به طور وسیع برای ارزیابی حالات کلی سلامت به کار می‌رود. این ابزار فرم کوتاه ۲۶ سئوالی از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت است و شامل چهار بعد سلامت فیزیکی (۷ سوال)، سلامت روانی (۶ سوال)، ارتباط اجتماعی (۳ سوال) و سلامت محیط (۸ سوال) به همراه دو سوال کلی درباره کیفیت زندگی است. هر یک از سوالات براساس مقیاس لیکرت از یک تا پنج نمره دهی می‌شوند. تمامی نمرات برای قرار گرفتن در مقیاس ۴ تا ۲۰ برای هر

¹ Anxiety questionnaire

بعد تبدیل می شوند و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است نکته مهم این است که نمره کلی برای این ابزار محاسبه نمی شود. ویژگی های روانسنجی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت فرم کوتاه در جوامع و فرهنگ های مختلف ارزیابی شده است (باروس و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین نسخه فارسی این ابزار در جامعه ایران نیز توسعه یافته است که روایی و پایایی (آلفای کرونباخ ۰/۸۲) آن مورد تایید قرار گرفت (رضائی و همکاران، ۱۳۹۹).

پرسشنامه پریشانی روانشناختی^۱: پرسشنامه پریشانی روانشناختی توسط کسلر^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۳ به صورت ۱۰ سوالی تنظیم شد. پاسخ سوالات به صورت ۵ گزینه‌ای تمام اوقات=۴، بیشتر اوقات=۳، بعضی اوقات=۲، به ندرت=۱ و هیچ وقت=۰ است که بین ۴-۰ نمره‌گذاری می‌شود. بر این اساس حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر نمره برابر ۴۰ است. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده پریشانی روانشناختی بیشتر است. نتایج پژوهش اندرسون و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر از اعتبار و پایایی مطلوبی برخوردار است. یعقوبی (۱۳۹۴) هم روایی سازه‌ای تاییدی پرسشنامه را مطلوب و همبستگی سوالات با کل آزمون را ۰/۷۴ گزارش کرده است؛ همچنین پایایی تصنیف و اسپیرمن-براون ۰/۹۱ به دست آمد. در پژوهش رمضانی و بختیاری (۱۳۹۷) نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

مداخله درمانی

مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی: جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر از برنامه مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۲۰۱۲) اقتباس شده است که محتوای جلسات درمانی به شرح ذیل می باشد.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	اهداف	محتوا
اول	آشنایی، ساخت‌دهی به گروه، شناسایی اهداف	آشنایی اعضا با یکدیگر و رهبر گروه، برقراری اتحاد درمانی، ایجاد فضای امن، راحت و دوستانه، آشنایی با قوانین و هنجارهای گروه و توافق بر سر آنها، شناسایی و مقابله با رفتارهای مشکل اعضا، پرداختن به مشکلات احتمالی اعضا
دوم	شناسایی رفتارهای مشکل اعضا و معرفی درمان ACT	بررسی تکالیف، شناسایی رفتارهای مشکل اعضا، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی، استعاره دو کوه

¹. Psychological distress questionnaire

². Kessler

سوم	ایجاد مفهوم درماندگی خلاق	بررسی تکالیف، بیان تفاوت دنیای درون و بیرون، استفاده از استعاره های تخته، گودال و مسابقه طناب‌کشی با هیولا، افزایش آگاهی نسبت به برنامه کنترل، تجربه ناکارآمدی آن، کاهش وابستگی به برنامه کنترل، ایجاد تمایل به رهاکردن برنامه ناکارآمد کنترل، کمک به اعضا در جهت پی بردن به بهبودی راهبردهای کنترلی
چهارم	زمان حال	بررسی تکالیف، بررسی گذشته و آینده، استفاده از استعاره ماشین زمان، افزایش آگاهی هشیارانه نسبت به تجربیات زمان حال، انتقال مفهوم ذهن آگاهی از طریق تمرین های مرتبط: تنفس، خوردن و راه رفتن آگاهانه و...
پنجم	پذیرش	بررسی تکالیف، تمرین ذهن آگاهی، تسهیل فهم معنای تمایل و پذیرش از طریق استعاره های اسکیت کردن و میهمانی همسایه و...، ایجاد تمایل و پذیرش، افزایش توانایی اعضا جهت فضا دادن به احساسات و تجربیات ناخوشایند. مشاهده گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقل از تجارب ذهنی، کاهش آمیختگی با افکار، نگاه کردن به ذات واقعی افکار که چیزی بیشتر از کلمه یا تصویر نیستند، استعاره برگ های روی رودخانه و تخته
ششم	همجوشی زدایی (گسلش) خود به عنوان زمینه (خود مشاهده گر)	بررسی تکالیف، تمرین ذهن آگاهی، کاهش آمیختگی با افکار، نگاه کردن به ذات واقعی افکار، پاسخ به افکار بر مبنای کارآیی به جای تفسیر لفظی آنها، استفاده از استعاره مسافران اتوبوس و سربازان در حال رژه. تمرین ذهن آگاهی، تأثیر همجوشی زدایی در زندگی شخصی و اجتماعی، انتقال مفاهیم نقش، زمینه و انواع خود و حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خودپذیرا و مشاهده گر، با استفاده از استعاره صفحه شطرنج، آسمان و ... کاهش وابستگی به خود مفهومی شده، ایجاد آگاهی از خود به عنوان زمینه
هفتم	ارزش ها و عمل متعهدانه	بررسی تکالیف، تمرین ذهن آگاهی، سنجش اولیه ارزش ها با استفاده از استعاره چوب جادویی، تصریح ارزش ها، درک تفاوت ارزش ها و اهداف، درک اهمیت زندگی مبتنی بر ارزش. استفاده از استعاره های اسکی کردن و بچه ها در ماشین. تمرین ذهن آگاهی، بحث در مورد ایجاد الگوهای منعطف رفتاری منطبق با ارزش ها، ایجاد تعهد به عمل در راستای اهداف و ارزش ها، شناسایی و گذار از موانع، پیاده کردن ارزش ها به الگوهای عملی مداوم و قابل تجدید، کمک به اعضا برای شکستن اهداف به گام های ملموس، استفاده از استعاره مسافران اتوبوس
هشتم	بررسی فرآیند و تجارب گروه، جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون	بررسی فرآیند و تجارب گروه، بررسی مسایل ناتمام، آماده سازی برای خاتمه دادن به گروه، جمع بندی و خاتمه دادن به تجربه گروه.

روند اجرای پژوهش

پس از دریافت کد اخلاق (IR-PNU.REC1403.264) از واحد پژوهش دانشگاه پیام نور، جهت انجام پژوهش، با مراجعه به مراکز درمانی و انجمن ام اس استان خراسان شمالی با روش نمونه‌گیری هدفمند و با در نظر گرفتن احتمال ریزش آزمودنی، تعداد ۴۵ بیمار با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایدهی شد. ابتدا تمامی افراد نمونه در هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند و در مرحله بعد گروه آزمایش ۱، تحت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (۱ بار در هفته) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه آزمایش ۲، تحت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (۱ بار در هفته) درمان مبتنی بر شفقت را دریافت کرد و

گروه گواه تا پایان پژوهش هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. در پایان از هر دو گروه، پس‌آزمون به عمل آمد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش به افراد گروه گواه نیز اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهش، این مداخله را دریافت خواهند کرد. داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل کوواریانس توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان $32/17 \pm 7/25$ بود. از میان شرکت‌کنندگان در پژوهش ۳۸٪ مرد و ۶۲٪ زن بودند. همچنین نتایج نشان داد که ۱۹ نفر (۷۵٪) تحصیلات دیپلم، ۱۵ نفر (۲۹٪) فوق‌دیپلم و ۱۱ نفر (۱٪) لیسانس داشتند. در ادامه میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیر اضطراب، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی

متغیر	گروه آزمایش ۱	انحراف معیار	میانگین	گروه آزمایش ۲	انحراف معیار	میانگین	گروه گواه
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۸/۰۶	۶/۸۱	۱۹/۳۳	۷/۶۸	۱۸/۴۰	۷/۷۶
	پس‌آزمون	۱۳/۲	۶/۶۶	۱۳/۴۶	۷/۴۸	۱۷/۸۰	۷/۶۴
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۵۸/۴۸	۸/۲۴	۵۴/۱۵	۸/۳۸	۵۷/۴۲	۸/۲۲
	پس‌آزمون	۷۴/۶۴	۷/۴۵	۶۶/۵۶	۸/۵۵	۵۸/۴۴	۸/۴۵
پریشانی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱۶/۸۶	۷/۱۰	۱۶/۰۶	۷/۳۰	۱۵/۵۳	۷/۲۴
	پس‌آزمون	۱۱/۲۰	۷/۰۵	۱۱/۸۶	۷/۱۸	۱۵/۸۶	۷/۱۳

جدول ۳، میانگین و انحراف معیار اضطراب، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی را برای مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه را نشان می‌دهند که پس از درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمرات گروه‌های آزمایش تفاوت داشته است. به دلیل آنکه سطوح معنی‌داری ارائه شده آزمون شاپیرو-ویلک در هر دو مرحله و برای متغیرها بیش از ۵ درصد شده است لذا متغیرهای مورد مطالعه از توزیع نرمال برخوردار هستند. نتایج آزمون لون نشان داد که فرض همگنی واریانس نیز برای تمامی متغیرهای اضطراب ($F=0/712$)، کیفیت زندگی ($F=1/289$) و پریشانی روان‌شناختی ($F=0/796$) برقرار است ($p < 0/05$). آزمون ام‌باکس برای بررسی مفروضه همگنی

ماتریس کوواریانس‌ها نشان داد که مقدار آماره ام‌باکس برابر است با $27/43$ و مقدار F برابر است با $1/59$ که با توجه به سطح معناداری $0/081$ معنادار نمی‌باشد و گویای همگنی ماتریس کوواریانس‌ها در میان گروه‌های مختلف متغیر وابسته می‌باشد. یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از آن است که F به دست آمده، با درجه‌آزادی ۲ و ۲۴ در سطح $P < 0/05$ معنادار است. یافته‌های حاصل نشان داد که در متغیرهای پژوهش پس از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنادار وجود دارد $P < 0/05$ و $(Df=24 \text{ و } 2)$ و $(F=21/36 \text{ و } PillaisTrace= 0/57)$. در ادامه برای درک دقیق‌تر و بررسی تاثیر جداگانه متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته، نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	مرحله	مجموع	df	میانگین	F	سطح	ضریب
		مجذورات		مجذورات		معنی‌داری	اتا
اضطراب	گروه	۲۰۰/۸۰۹	۱	۲۰۰/۸۰۹	۲۵/۵۲	۰/۰۰۰	۰/۴۸۶
	خطا	۳۸۹/۲۱۲	۲۷	۱۴/۴۱			
کیفیت زندگی	گروه	۱۳۱/۶۷۱	۱	۱۳۱/۶۷۱	۶۶/۱۵	۰/۰۰۰	۰/۷۱۰
	خطا	۵۳/۷۳۷	۲۷	۱/۹۹			
پیشانی روانشناختی	گروه	۹۱۱/۲۴۳	۱	۹۱۱/۲۴۳	۹۸/۳۹	۰/۰۰۰	۰/۷۸۵
	خطا	۲۵۰/۰۵۷	۲۷	۹/۲۶			

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در اضطراب ($F=25/52, p<0/000, \eta^2=0/48$)، کیفیت زندگی ($F=66/15, p<0/000, \eta^2=0/71$) و پیشانی روانشناختی ($F=98/39, p<0/000, \eta^2=0/78$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/05$). ضریب اتا به دست آمده بیانگر این است که تفاوت دو گروه در پس‌آزمون، ناشی از اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. در ادامه برای تعیین تفاوت میان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه روش‌های مداخله بر متغیرهای وابسته

متغیرها	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی‌داری
اضطراب	درمان شفقت	گواه	۴-۶	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	-۴/۳۴	۰/۰۰۰
	درمان شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۲۶	۰/۰۰۳
کیفیت زندگی	درمان شفقت	گواه	۱۶/۲	۰/۰۰۰
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۸/۱۲	۰/۰۰۲
	درمان شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۸/۰۸	۰/۰۰۲
پیشانی روانشناختی	درمان شفقت	گواه	-۴/۶۶	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	-۴	۰/۰۰۰
	درمان شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۶۶	۰/۰۰۳

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب و پیشانی روانشناختی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس شد ($P < ۰/۰۵$). همچنین میان اثربخشی دو روش بر اضطراب و پیشانی روانشناختی تفاوت معناداری وجود ندارد، اما درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس تاثیر بیشتری دارد ($p < ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، کیفیت زندگی و پیشانی روانشناختی بیماران مبتلا به ام اس انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش اضطراب بیماران مبتلا به ام اس می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش میرمعینی و

همکاران (۱۴۰۱)، ابراهیمی صدر و محمودعلیلو (۱۴۰۱)، صفری موسوی و همکاران (۱۳۹۹)، زاروتی و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت به بیماران کمک می‌کند تا نسبت به خود احساس بهتری پیدا کنند و خود را با مهربانی و پذیرش بیشتری بپذیرند. این نوع درمان به‌ویژه برای بیماران ام‌اس که با چالش‌های روانی و جسمی متعددی مواجه هستند، بسیار مفید است. اضطراب ناشی از عدم قطعیت در مورد بیماری، عوارض جانبی درمان‌ها و تغییرات ناگهانی در کیفیت زندگی می‌تواند به شدت بر سلامت روان بیماران تأثیر بگذارد. درمان متمرکز بر شفقت با فراهم کردن فضایی امن و حمایتی به بیماران اجازه می‌دهد تا احساسات منفی خود را بدون قضاوت تجربه کنند و در عین حال، به خودشان محبت کنند. این فرآیند نه تنها به کاهش اضطراب کمک می‌کند بلکه می‌تواند منجر به افزایش تاب‌آوری و توانایی بیماران در مواجهه با چالش‌های زندگی روزمره شود. علاوه بر این، حمایت عاطفی و تأیید احساسات که در خلال درمان متمرکز بر شفقت به بیماران ارائه می‌شود، می‌تواند موجب افزایش احساس کنترل بر زندگی آن‌ها گردد (میرمعینی و همکاران، ۱۴۰۱). از دیگر سو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر پذیرش تجربیات ناخوشایند، افزایش آگاهی و تغییر رفتارهای هدفمند، می‌تواند به طور موثری اضطراب را در بیماران مبتلا به ام‌اس کاهش می‌دهد (زاروتی و همکاران، ۲۰۲۲).

یافته دوم پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس دارد. این یافته با نتایج پژوهش رضائی و همکاران (۱۳۹۹)، خلعتبری و همکاران (۱۳۹۹)، سیمپسون و همکاران (۲۰۲۲)، گدیک و ایدیمان (۲۰۱۹)، رودریگز و فرناندز (۲۰۱۹) همسو بود.

در تبیین این یافته باید خاطر نشان کرد که درمان متمرکز بر شفقت با ایجاد احساس خودپذیری و افزایش تاب‌آوری، به بیماران کمک می‌کند تا بر درد و ناتوانی‌های جسمی خود غلبه کنند و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند. یکی از جنبه‌های مهم کیفیت زندگی، روابط اجتماعی است. درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به بیماران کمک کند تا ارتباطات بهتری با دیگران برقرار کنند. احساس همدلی و حمایت عاطفی که در این نوع درمان به دست می‌آید، می‌تواند به ایجاد روابط مثبت و حمایت‌کننده‌تر منجر شود. بیماران که احساس حمایت و همدلی می‌کنند، معمولاً قادرند روابط سالم‌تری با خانواده و دوستان خود برقرار کنند و این امر به نوبه خود بر کیفیت زندگی آنان تأثیر مثبت می‌گذارد (سیمپسون و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از جنبه‌های کلیدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توانایی آن در افزایش احساس رضایت از زندگی است. با پذیرش احساسات منفی و تمرکز بر ارزش‌ها و اهداف زندگی، بیماران قادر به ایجاد زندگی معنادارتری

خواهند بود. این رویکرد می‌تواند به بهبود وضعیت روانی بیماران و افزایش تاب‌آوری آنان در برابر چالش‌های زندگی کمک کند. همچنین، کیفیت روابط اجتماعی نیز از جنبه‌های مهم کیفیت زندگی به شمار می‌رود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به بیماران کمک کند تا ارتباطات بهتری با دیگران برقرار کنند. با کاهش احساس انزوا و افزایش حس همدلی و ارتباط، بیماران می‌توانند روابط مثبت‌تری با خانواده و دوستان خود داشته باشند. این روابط حمایتی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها کمک کند و احساس تعلق و امنیت را در بیماران تقویت نماید (گدیک و ایدیمن، ۲۰۱۹).

دیگر یافته پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش کاووسی و همکاران (۱۴۰۰)، رهبر کرباسدهی و همکاران (۱۳۹۹)، وین و همکاران (۲۰۱۹)، جوزفن و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. این یافته اینگونه تبیین می‌شود که از جنبه‌های کلیدی درمان متمرکز بر شفقت، افزایش تاب‌آوری بیماران است. با یادگیری مهارت‌های شفقت‌ورزی، بیماران قادرند به‌طور مؤثرتری با چالش‌ها و مشکلات زندگی خود مواجه شوند. این تاب‌آوری می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا احساسات منفی خود را بهتر مدیریت کرده و در مواجهه با استرس‌های روانی و جسمی، مقاومت بیشتری از خود نشان دهند و به عبارتی منجر به کاهش پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس می‌شود (کاووسی و همکاران، ۱۴۰۰). علاوه بر این، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران کمک می‌کند تا با احساسات منفی و استرس‌های ناشی از شرایط خود مقابله کنند. این رویکردها به بیماران اجازه می‌دهد تا در مواجهه با چالش‌ها، احساس کنترل و قدرت بیشتری داشته باشند. انعطاف‌پذیری بالای هر دو درمان نیز از دیگر ویژگی‌های بارز آن‌هاست. این امکان وجود دارد که درمانگران این رویکردها را با توجه به نیازهای فردی بیماران تعدیل کنند و به این ترتیب، به یک درمان شخصی‌سازی شده و مؤثر دست یابند. این یافته‌ها به درمانگران و متخصصان سلامت روان کمک می‌کند تا در انتخاب روش درمانی برای بیماران مبتلا به ام اس با پریشانی، انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند (جوزفن و همکاران، ۲۰۱۹).

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت، از جمله این که پژوهش بر بیماران مبتلا به ام اس خراسان شمالی اجرا شده است و بنابراین تعمیم یافته‌ها به سایر بیماران باید با احتیاط صورت گیرد. به دلیل محدودیت زمانی، پیگیری نتایج مقدور نبود؛ از این رو اطلاعاتی در مورد تداوم بهبودی وضعیت روان‌شناختی بیماران به دست نیامد. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی دوره پیگیری جهت بررسی تأثیر این مداخله در درازمدت انجام شود. انجام مداخلات درمانی مانند درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند نقش مهمی در سلامت روانی و جسمانی بیماران مبتلا به ام اس داشته باشد، لذا به مشاوران و روانشناسان شاغل در مراکز خدمات درمانی پیشنهاد می‌شود که از این شیوه‌های درمانی به عنوان یک راهبرد برای بیماران مبتلا به ام اس استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله پژوهشگران از افراد شرکت کننده در این پژوهش قدردانی می کنند.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می کنند که در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافع وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی ندارد و با هزینه نویسندگان انجام شده است.

منابع

- احمدی، سید علی؛ وزیری، شهرام؛ آهی، قاسم؛ لطفی کاشانی، فرح؛ اکبری، محمد اسماعیل. (۱۴۰۰). مقایسه تأثیر مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت درمانی بر کاهش پریشانی روان شناختی (اضطراب، افسردگی و استرس) بیماران مبتلا به سرطان پستان. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۱(۱): ۳۶-۴۶.
- ابوطالبی حمید، یزدچی نفیسه، اسمخانی اکبری نژاد هادی. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ۳۲(۱): ۱۰۱-۹۲.
- ابراهیمی صدر فائزه، محمود علیلو مجید. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و ناامیدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه ایده های نوین روانشناسی، ۱۳(۱۷): ۱۴-۱.
- جعفری مجید، لطفی زاده مسعود، هاشمی راضیه. (۱۴۰۲). بررسی ارتباط بین استرس، اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. طلوع بهداشت، ۲۲(۱): ۱۵-۱.
- خلعتبری، آمنه، قربان شیرودی، شهره، زربخش، محمدرضا، و تیزدست، طاهر (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ولع خوردن، کیفیت زندگی و پریشانی روان شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. روانشناسی سلامت، ۹(۴) (پیاپی ۳۶)، ۲۴-۷.
- درتاج، افسانه؛ علی اکبری دهکردی، مهناز؛ ناصر مقدسی، عبدالرضا و علی پور، احمد (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، ادراک درد و ایترلوکین ۱۲ در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، فصلنامه روان شناسی کاربردی، ۱۵(۱)، ۷۲-۴۹.
- دانش نیا، فرحناز؛ داودی، حسین؛ تقوایی، داود؛ حیدری، حسن. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان شناختی و مشکلات خواب در زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۳(۶): ۳۰۶۶-۳۰۷۷.

- رضایی، نازیلا؛ سهرابی، احمد؛ و ذوقی پایدار، محمدرضا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تکانش پذیری، حساسیت بین فردی و خودزنی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۹(۴): ۴۴-۵۵.
- رمضانی، بتول؛ بختیاری، فروغ. (۱۳۹۷). اثربخشی معنویت درمانی بر اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان حاضر در خانه سالمندان. سالمندشناسی، ۳(۴): ۳۲-۴۱.
- رضایی، علی محمد، شریفی، طیبه، غضنفری، احمد، افلاکی، الهام، بهره دار، محمد جعفر. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس. روانشناسی سلامت، ۹(۳۳)، ۱۴۴-۱۲۷.
- رهبرکرباسدهی، ابراهیم؛ ابوالقاسمی، عباس؛ حسین خانزاده، عباسعلی و رهبرکرباسدهی، فاطمه (۱۳۹۹) عنوان. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۸(۳۵)، ۱-۹.
- شمس، گلشید؛ پاشنگ، سارا و صداقت، مستوره (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و واقعیت درمانی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. طب پیشگیری، ۸(۱): ۷۰-۸۰.
- صفری موسوی، سیدسینا، غضنفری، فیروزه، و میردريکوند، فضل اله. (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ زنان مبتلا به ام اس شهر خرم آباد. بالینی پرستاری و مامایی، ۷(۴)، ۲۴۰-۲۳۴.
- کاوسی لیلی، عباسی قدرت اله، میرزائیان بهرام. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر پریشانی روانشناختی، تصور از خود و حمایت اجتماعی درک شده افراد مبتلا به اختلال پر خوری. روان پرستاری، ۹(۳): ۶۲-۵۰.
- محمودی، جعفر؛ مصباح، ایمان؛ رضایی شریف، علی. (۱۴۰۲). اثربخشی رویکرد مبتنی بر شفقت بر ناگویی هیجانی و احساس انسجام در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی. روانشناسی افراد استثنایی، ۱۳(۵۰): ۲۵۵-۲۸۶.
- میرمعینی پردیس، بیاضی محمد حسین، خلعتبری جواد (۱۴۰۰) مقایسه تأثیر درمان پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت بر شدت نگرانی و احساس تنهایی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز. طب داخلی روز، ۲۷(۴): ۵۴۹-۵۳۴.
- وزیری، شهرام، لطفی کاشانی، فرح، زین العابدینی، نیلوفر، زین العابدینی، سیده نرگس. (۱۳۹۴). اثر بخشی نظم بخشی رفتار بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت، ۴(۱۳)، ۶۲-۵۳.
- یوسفی، خدیجه؛ ضرغام حاجبی، مجید و سراوانی، شهرزاد (۱۴۰۰). پیش‌بینی گرایش به افکار خودکشی بر اساس سرسختی روانشناختی و تصویر بدنی ادراک شده در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، ۱۰(۳۹): ۱۵۷-۱۷۰.
- یعقوبی، حمید. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روانسنجی نسخه ۱۰ سوالی پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر (K10-). فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۶(۴): ۴۵-۵۷.

Anderson, L. S., Grimsrud, A., Myer, L., Williams, D. R., Stien, D. J., & Seedat S. (2011). The psychometric properties of the K10 and K6 scales in screening for mood and anxiety disorders in

- the South African Stress and Health study. *International Journal Methods Psychiatr Research*, 20(4): 215-223.
- Benedict, R., Amato, M., DeLuca, J., & Geurts, J. (2020). Cognitive impairment in multiple sclerosis: clinical management, MRI, and therapeutic avenues. *The lancet neurology*, 19(10): 860-871.
- Baxter, R., & Sirois, F. M. (2024). Self-compassion and psychological distress in chronic illness: A meta-analysis. *British journal of health psychology*, 30(1), e12761.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56, 893-897.
- Dobson, R., & Giovanini, G. (2019). Multiple sclerosis – a review. *European Journal of Neurology*, 1(26): 27-40.
- Copaescu, A. M., Mak, H. W. F., Vogrin, S., Holmes, N. E., Trubiano, J. A., & Li, P. H. (2024). Global differences and risk factors influencing drug hypersensitivity quality of life: A multicenter, multiethnic study of drug allergy across 3 continents. *The journal of allergy and clinical immunology*. Global, 4(1), 100354.
- Fishstrom, S., Capin, P., Fall, A. M., Roberts, G., Grills, A. E., & Vaughn, S. (2024). Understanding the relation between reading and anxiety among upper elementary students with reading difficulties. *Annals of dyslexia*, 74(1): 123–141.
- Fraser, M., Gregory, K. (2024). Applying a process-based therapy approach to compassion focused therapy: A synergetic alliance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32(4): 75-81.
- Hayes, S. C. (2013). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35(4): 639- 665.
- Johannsen, M., Schlender, C., Vestergaard, I. (2022). Group-based compassion-focused therapy for prolonged grief symptoms in adults – Results from a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 314(9): 46-53.
- Hancock, L., Rao, S., & Galioto, R. (2024). Neuropsychological Manifestations of Multiple Sclerosis. *Neurologic Clinics*, 14(6): 101-116.
- Josefsson, T., Ivarsson, A., Gustafsson, H., Stenling, A., Lindwall, M., Tornberg, R., & Børrooy, J. (2019). Effects of mindfulness-acceptance-commitment on sport-specific dispositional mindfulness, emotion regulation, and self-rated athletic performance in a multiple-sport population: An RCT study. *Mindfulness*, 10(8), 1518-1529.
- Ko, K., Jones, A., Francis, D., Robidoux, S., & McArthur, G. (2024). Physiological correlates of anxiety in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 40(4): 33-38.
- Kang, J., & Lee, M. H. (2025). Longitudinal trajectories of health-related quality of life among critical care survivors: A latent class growth approach. *Intensive & critical care nursing*, 86, 103892.

- Kołtuniuk, A., Pawlak, B., Krówczyńska, D. & Chojdak-Lukasiewicz, J. (2022). The Quality Of Life In Patients With Multiple Sclerosis - Association With Depressive Symptoms And Physical Disability: A Prospective And Observational Study. *Front Psychol*, 13, 1068421.
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L. T., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2003). Short screening scales to monitor population prevalence's and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6): 959-976.
- Levin, M., Krafft, J., Twohig, M. (2024). An Overview of Research on Acceptance and Commitment Therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 47(2): 419-431.
- Luck, S., Golijani-Moghaddam, N., Dawson, D. (2024). A Systematic Quality Review of Single-Case Experimental Designs Using Acceptance and Commitment Therapy in Adult Clinical Populations. *Behavior Therapy*, 55(4): 856-871.
- Mcginley, M. P., Goldschmidt, C. H. & Rae-Grant, A. D. (2021). Diagnosis And Treatment Of Multiple Sclerosis: A Review. *Jama*, 325, 765-779.
- Petersen, J., Ona, P., Twohig, M. (2024). A Review of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescents: Developmental and Contextual Considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 31(1): 72-89.
- Qu, Y., Zhang, Y., Zhou, X., Wang, L., Zhu, X., Jin, S., & Zhuang, S. (2024). Constructing a Predictive Model for Psychological Distress of Young- and Middle-Aged Gynaecological Cancer Patients. *Journal of evaluation in clinical practice*, 31(1), e14244.
- Simard, C., Plante, I., Duchesne, S., Chaffee, K. (2022). The mediating role of test anxiety in the evolution of motivation and achievement of students transitio from elementary to high school. *Contemporary Educational Psychology*, 71(10): 211-226.
- Song, Q., Liu, C., Wang, J., Yin, G. (2022). Course and predictors of psychological distress among colorectal cancer survivors with ostomies: A longitudinal study. *European Journal of Oncology Nursing*, 59(9): 21-29.
- Simpsson, A., Sando, K., Wahbeh, H., Peterson, A. & Shinto, L. (2022). Managing Psychological Stress In The Ms Medical Visit: A Qualitative Analysis Of Patient Perspectives And Unmet Needs. *Integrative Medicine Research*, 4, 93.
- Teoli, D. & Bhardwaj, A. (2024). Quality Of Life. Statpearls. Treasure Island (Fl) Ineligible Companies. Disclosure: Abhishek Bhardwaj Declares No Relevant Financial Relationships With Ineligible Companies: Statpearls Publishing
- Thompson, A. J., Banwell, B. L., Barkhof, F., Carroll, W. M., Coetzee, T., Comi, G., & Fujihara, K. (2018). Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *The Lancet Neurology*, 17(2): 162-173.
- Tauil CB, Grippe TC, Dias RM, Dias-Carneiro RP, Carneiro NM, Aguilar AC, Silva FM, Bezerra F, Almeida LK, Massarente VL, Giovannelli ED. (2024). Suicidal ideation, anxiety, and depression in patients with multiple sclerosis. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 76:296-301.

- Teixeira L, de Freitas RL, Abad A, da Silva JA, Antonelli-Ponti M, Bastos S, Mármora CH, Campos LA, Paiva S, Da Silva JA. (2020). Anxiety-related psychological impacts in multiple sclerosis on cardiovascular diseases and diabetes, 1:1010- 1015
- Uramoto, M., Moore, C., Garcia, Y., Kurumiya, Y. (2023). The effect of brief acceptance and commitment training on values-based behaviors of Japanese parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29(5): 1-12.
- Vrabel, K., Waller, G., Goss, K., Wampold, B., Kopland, M., Hoffart, A. (2024). Cognitive behavioral therapy versus compassion focused therapy for adult patients with eating disorders with and without childhood trauma: A randomized controlled trial in an intensive treatment setting. *Behaviour Research and Therapy*, 174(3): 104-118.
- Wynne, B., McHugh, L., Gao, W., Keegan, D., Byrne, K., Rowan, C., & Dooley, B. (2019). Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*, 156(4), 935-945.
- Yu, H., Li, H., Zuo, T., Cao, L. (2022). Financial toxicity and psychological distress in adults with cancer: A treatment-based analysis. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 9(9): 69-78.
- Zheng, T., Jiang, T., Huang, Z., & Wang, M. (2024). Knowledge domain and trend of disease-modifying therapies for multiple sclerosis: A study based on CiteSpace. *Int J Environ Res Public Health*, 10(5): 261-273.
- Zarotti, N., Eccles, F., Broyd, A., Longinotti, C., Mobley, A., & Simpson, J. (2023). Third wave cognitive behavioural therapies for people with multiple sclerosis: a scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 45(10), 1720-1735.

